

RECHERCHES

CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

SUR LA

FIÈVRE TYPHOÏDE.

RECHERCHES

CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

SUR LA

FIÈVRE TYPHOÏDE,

PAR

LE DOCTEUR B. CAISSO,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE A L'HÔTEL-DIEU SAINT-ÉLOI,
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,
DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION, ETC.



PARIS
ADRIEN DELAHAYE,
Libraire-Éditeur,
Place de l'École-de-Médecine.

MONTPELLIER
C. COULET,
Libraire-Éditeur,
Grand'-Rue, 5.

1864

TABLE DES MATIÈRES.

Recherches anatomo-pathologiques sur la fièvre typhoïde.

Montpellier, J. MARTEL aîné, imprimeur de la Faculté de médecine.

AVANT-PROPOS.

Que mes lecteurs ne cherchent pas dans cette publication une Monographie complète de la fièvre typhoïde. Je n'ai voulu faire qu'un simple Compte-rendu des recherches auxquelles je me suis livré pendant plusieurs années dans les hôpitaux de Montpellier.

Les matériaux qui servent de base à ce travail ont été recueillis principalement dans les services de MM. Fuster et Dupré, professeurs de clinique médicale. — Déjà, en 1857, j'avais observé plusieurs malades atteints de fièvre typhoïde[1]. Mes recherches reprises en juillet 1860, époque à laquelle je fus investi des fonctions de chef de clinique, ont été continuées pendant quatre années consécutives.

Le nombre des faits que j'ai pu ramasser est considérable, il s'élève à près de 130 ; mais quelques-uns étaient incomplets, j'ai dû les rejeter ; il m'en est resté 102, qui offrent toutes les garanties désirables comme exactitude.

[1] J'ai recueilli, à cette époque, presque toutes les observations sur lesquelles repose le travail de M. le docteur Girbal, qui a pour titre : *Études cliniques sur les principales maladies observées à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, du* 22 *août au* 1er *novembre* 1857. — Montpellier, 1860.

Soixante-dix de ces malades ont guéri, trente-deux ont succombé. — Les autopsies ont été faites avec soin, et les lésions que j'ai constatées ont été décrites au moment même où je les avais sous les yeux.

Riche de ces observations recueillies par moi-même et exempt de tout esprit systématique, je me suis occupé d'en faire l'analyse, de les rapprocher et d'en tirer des conclusions. Je les ai décomposées dans leurs divers éléments, afin de classer dans autant de tableaux distincts les causes, les symptômes, les lésions anatomiques et les moyens thérapeutiques employés : de chacun de ces tableaux numériques j'ai déduit des propositions dont le développement constitue mon travail [1].

Je ne me suis pas contenté de donner les résultats de ma propre expérience; j'ai lu et médité avec attention les ouvrages des principaux observateurs modernes; lorsque cela a été nécessaire, j'ai interrogé aussi les faits qu'ils citent, et je les ai comparés avec les miens. Je me suis efforcé de suivre en cela la route tracée par Morgagni pour arriver à la connaissance de la vérité : *Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quam plurimas et morborum et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias, collectas habere, et inter se comparare* [2].

Ces recherches longues et pénibles m'ont été rendues faciles par les conseils de mon excellent

[1] J'ai déposé, entre les mains de mon Président de thèse, 24 tableaux synoptiques et 70 observations de fièvre typhoïde terminées par la guérison.

[2] Morgagni, *De sed. et caus. morb., lib. IV, proœm.*

maître M. le professeur Combal, et aussi par les encouragements de mes amis M. le docteur Batlle, professeur-agrégé, et M. le docteur R. Gordon, bibliothécaire-adjoint de la Faculté de médecine. Je suis heureux de pouvoir leur en témoigner publiquement toute ma reconnaissance.

Mon intention était d'abord de ne publier qu'une étude anatomo-pathologique de la fièvre typhoïde. Ce n'est qu'au dernier moment que je me suis décidé à y joindre sous forme d'introduction les résultats auxquels j'étais arrivé dans l'étude des autres questions. Cette partie n'a pas reçu les mêmes développements que celle qui a trait aux altérations cadavériques ; on y trouvera seulement un exposé succinct de mes recherches.

Malgré l'étendue que prennent les observations, j'ai cru bien faire d'en citer un certain nombre. J'en rapporte quarante-quatre. — Dans la rédaction de ces faits cliniques, j'ai retranché tout détail superflu, j'ai décrit brièvement les antécédents, les symptômes, la marche et les désordres organiques « en style dégagé, comme le dit Dance, de ces liaisons oratoires qui rendent la phrase plus longue quoique plus correcte. » — J'ai adopté un même plan dans l'histoire de chaque cas, afin de fatiguer moins l'attention de mes lecteurs et de faciliter les recherches.

On verra dans ce travail que j'accorde à la fièvre typhoïde une part plus large que celle qu'on lui fait généralement à Montpellier, et que, avec les modernes, je réduis à quelques espèces le nombre des fièvres essentielles ; j'admets l'existence des

fièvres typhoïdes bénignes; enfin, dans le traitement de cette maladie, je fais une application des principes qui dirigent la pratique de mon Maître.

Qu'il me soit permis de payer un juste tribut de reconnaissance aux médecins dans les services desquels plusieurs des faits que je mentionne ont été recueillis, et surtout à M. le docteur Pastureau, médecin principal des armées, à MM. les docteurs Girbal, Guinier, Pécholier, professeurs-agrégés, chargés par intérim de l'enseignement clinique de la Faculté.

Je ne terminerai pas cet exposé sans faire agréer mes remercîments à mes condisciples MM. Batigne et Coulon, docteurs en médecine; Cairel, ancien chef de clinique; Gayraud, Grynfeltt et Gingibre, internes des hôpitaux, soit pour le concours empressé qu'ils m'ont prêté dans l'examen posthume des malades, soit pour les renseignements qu'ils m'ont fournis parfois.

INTRODUCTION.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LA

FIÈVRE TYPHOÏDE.

> A Montpellier, dans le cours accoutumé de notre état sanitaire, lorsqu'une fièvre persiste au-delà du huitième jour, sans localisation qui puisse l'expliquer, on doit songer à une fièvre typhoïde ou à une fièvre rémittente.

La fièvre typhoïde n'est pas une maladie nouvelle. Elle était connue des anciens, qui lui avaient donné des dénominations très-diverses. On la retrouve dans leurs écrits sous les noms de *fièvre synoque, putride, synoque putride, pétéchiale, nerveuse, muqueuse, maligne, ataxique, adynamique*, etc. Il ne faut pas croire, cependant, que toutes ces maladies fébriles décrites par les anciens soient des cas de fièvre typhoïde.

Privés des secours que nous fournissent les modes d'investigation aujourd'hui connus et des précieuses lumières de l'anatomie pathologique, les pyrétologistes anciens et Pinel lui-même comprenaient sous le nom de *fièvres essentielles* un grand nombre de maladies locales. Combien de tuberculisations aiguës, de méningites, d'inflammations du cerveau, de pneumonies

et de pleurésies latentes, etc., etc., ont dû être prises par eux pour des fièvres essentielles! Mais cette erreur n'était pas la seule; ils ont eu encore le tort d'augmenter outre mesure le nombre des espèces morbides. Basant principalement le diagnostic des maladies sur les phénomènes extérieurs, ils morcelaient la pyrétologie. Pour eux, chaque groupe symptomatique devenait une entité morbide spéciale, et l'on comptait autant d'espèces différentes de fièvres qu'il y avait d'expressions phénoménales diverses.

L'anatomie pathologique est venue jeter une vive lumière sur cette question. Grâce à elle, la pyrétologie est sortie du vague et de la confusion où l'avait plongée l'analyse symptomatique des anciens. En nous montrant que toutes ces fièvres qu'on croyait distinctes s'accompagnaient de lésions identiques, elle a opéré une révolution salutaire. Dès-lors, comparant avec les altérations des organes les symptômes de ces fièvres et leur mode d'évolution, on a mieux apprécié leur valeur, et il a été permis de conclure que, dans tous ces cas si divers en apparence, il s'agissait d'une même espèce morbide. La fièvre typhoïde, née de ce travail synthétique, est venue résumer, avec raison, à elle seule, la plupart des fièvres continues graves. Ce sont les recherches de Prost[1], de Petit et Serres[2], de Bretonneau[3], de Chomel[4],

[1] Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps. 2 vol., Paris, 1804.

[2] Traité de la fièvre entéro-mésentérique. Paris, 1813.

[3] Arch. gén. de méd. 1826.

[4] Leçons de clinique médicale, tome I; De la fièvre typhoïde, leçons publiées par Genest. Paris, 1834.

de MM. Louis [1] et Andral [2], etc., qui ont fait faire à la pyrétologie ce pas immense.

Pour montrer l'importance de ces travaux, on ne saurait mieux les comparer qu'à ceux que Bayle [3] a faits sur la phthisie, et qui ont été le point de départ des notions actuellement admises sur cette maladie. Depuis les recherches de cet anatomo-pathologiste, la tuberculisation pulmonaire est mieux connue, et l'on ne confond plus, comme autrefois, sous le nom de phthisie, une foule d'états morbides qui n'ont avec elle que des apparences symptomatiques.

La fièvre typhoïde est une maladie spéciale dont la forme varie, mais dont le fond reste toujours le même. Elle présente des caractères particuliers, qui servent à établir son essentialité, et qui se tirent de l'étude des causes, des symptômes, du mode d'évolution, des lésions anatomiques et du traitement.

Nous allons examiner chacun de ces points en particulier.

Causes. — A proprement parler, la seule cause capable d'engendrer la fièvre typhoïde réside dans l'organisme vivant. C'est lui seul qui en vertu de sa spontanéité, de son activité est l'auteur de la maladie.

[1] Recherches anat. pathol. et thérap. sur la maladie connue sous les noms de fièvre typhoïde, etc., 1re édit. Paris, 1829, et 2e édit, Paris, 1841, 2 volumes.

[2] Clinique médicale ou choix d'observations recueillies à l'hôpital de la Charité, 3e édit., cinq volumes, T. I, Maladies de l'abdomen. Paris, 1834.

[3] G.-L. Bayle, Recherches sur la phthisie pulmonaire. Paris, 1810.

Toutes les circonstances individuelles ou étrangères au sujet qu'on énumère à titre de causes ne sont que des conditions plus ou moins favorables au développement de cet état morbide. Aucune d'elles, quelle que soit d'ailleurs son intensité, n'a le pouvoir de le faire naître sans l'intermédiaire puissant du système vivant. — La division des causes de la fièvre typhoïde en causes *prédisposantes* et *occasionnelles* ne saurait être maintenue. Le plus souvent leur mode d'action nous échappe, et il n'est pas toujours aisé dans les cas particuliers d'assigner à la cause son vrai rôle. Une même circonstance étiologique, suivant son degré d'intensité, suivant la durée de son action, et surtout suivant la manière de sentir du sujet, est tantôt prédisposante, tantôt occasionnelle. — Il est préférable de diviser les causes de la fièvre typhoïde d'après la nature des agents modificateurs ; de cette manière, on ne préjuge rien sur leur mode d'action. Les conditions qui favorisent le développement de cette maladie peuvent résider dans l'homme ou dans les agents qui l'entourent et qui entretiennent la vie et la santé ; en un mot, elles sont *individuelles* ou *extérieures*.

Causes individuelles. — L'*âge* auquel se développe habituellement la fièvre typhoïde est une des circonstances les plus importantes à noter dans l'étude de cette affection. Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître qu'elle se montre de préférence chez les jeunes gens. Chez les cent deux sujets que nous avons observés, la maladie a eu son maximum de fréquence de 18 à 30 ans. — Le tableau suivant fait connaître l'âge présenté par ces individus :

Malades.		Limite d'âge.
6	avaient de	15 à 18 ans
15	—	18 à 20
61	—	20 à 25
18	—	25 à 30
4	—	30 à 35

Ce résultat concorde avec ceux de Chomel, de M. Louis, de M. Andral et des autres observateurs. — La fièvre typhoïde s'observe aussi dans l'enfance; elle est surtout fréquente de 9 à 14 ans. — Elle peut se développer chez les vieillards, mais à cet âge elle est très-rare. Cependant on a cité des faits incontestables de fièvre typhoïde chez des personnes dont l'âge était compris entre 60 et 70 ans. Mais ce sont là des cas exceptionnels.—Il est donc vrai de dire que la jeunesse constitue une condition favorable au développement de la maladie que nous étudions.

Les hommes paraissent plus disposés que les femmes à contracter cette affection. Mais cette prédisposition, au lieu d'être attribuée au *sexe*, ne tiendrait-elle pas plutôt à toute autre circonstance, à l'acclimatement ou au genre de vie, par exemple?

On ne connaît rien de positif sur l'influence exercée par le *tempérament*. Chez nos malades, il y a eu prédominance des tempéraments lymphatique et lymphatico-nerveux.

La *profession* exerce-t-elle une influence sur le développement de cette maladie? S'il était permis de tirer une conclusion des relevés que nous avons faits, nous dirions que les professions qui exigent une dépense de

forces plus considérable sont celles qui semblent prédisposer à la fièvre typhoïde.

On a dit que les individus doués des *constitutions* les plus diverses sont également atteints par la maladie qui nous occupe. Cependant l'observation démontre que cette affection se développe de préférence chez les sujets les plus vigoureux et les mieux constitués. Douze de nos malades ont présenté seulement une constitution faible. Il est à remarquer aussi que, toutes choses égales d'ailleurs, ce sont les hommes les plus forts qui résistent le moins. Sur les trente-deux individus qui sont morts, il n'y en a eu que trois qui ont offert une complexion chétive.

Il résulte de nos observations, que le plus souvent les sujets atteints de fièvre typhoïde *n'ont jamais été malades* avant de contracter cette affection. Dans la faible majorité des cas où nous avons constaté un état morbide antérieur, celui-ci avait été de courte durée et avait peu impressionné le système vivant.

Il est certaines maladies qui confèrent aux organes qui en sont frappés le triste privilége d'être atteints de nouveau sous l'influence des causes les plus légères. C'est ce qu'on voit à la suite de l'érysipèle, des affections catarrhales et de la plupart des états morbides qui ont eu long-temps pour siége le même organe. — D'autres, au contraire, se font remarquer par l'*immunité* qu'elles confèrent aux sujets qui en ont été atteints une première fois. On sait que la variole, la rougeole, la scarlatine présentent ce caractère à un haut degré. Aussi on a l'habitude de le signaler comme un des éléments constitutifs de la maladie. — La fièvre typhoïde,

comme la plupart des fièvres éruptives, ne se présente habituellement qu'une seule fois dans la vie. C'est ce que démontrent les recherches de la plupart des pathologistes modernes. Les faits rapportés par M. Gendron, surtout, établissent d'une manière incontestable l'immunité qu'acquièrent les individus qui ont été atteints une première fois de cette maladie. — Cependant il y a eu des exceptions à cette règle; mais les exemples de récidive sont très-rares dans la science. Nous n'en avons encore constaté aucun; M. le docteur Barre faisait remarquer dans ses cliniques qu'il n'en avait observé, à l'hôpital Saint-Éloi, qu'un seul exemple.

Vingt-trois de nos malades ont présenté dans l'enfance tous les attributs de la diathèse scrofuleuse. Nous nous sommes demandé si les maladies *diathésiques* héréditaires ou acquises exerçaient une influence quelconque sur le développement de la fièvre typhoïde, sur sa marche ou sur sa terminaison. Nos recherches ne nous ont rien appris de positif sur cette question.

Causes extérieures. — Parmi les conditions que nous venons de passer en revue, l'âge et l'immunité sont les plus importantes. Mais il est une autre circonstance qui joue dans le développement de la fièvre typhoïde un rôle non moins grand : nous voulons parler de l'influence de l'*acclimatement*. Par ce mot, il ne faut pas entendre seulement le changement de milieu, mais toutes les conditions qu'entraîne ce changement au point de vue physique, moral et intellectuel. « Changer de climat, dit M. Michel Lévy, c'est naître à une autre vie ; des mutations deviennent nécessaires dans l'exercice alternatif ou simultané des principaux

organes, dans le régime, dans les habitudes morales et sociales[1]. »

Cette condition a déjà été signalée par Petit et Serres, M. Louis, Chomel, M. Bouillaud, M. Andral, Montault, etc.; nous la retrouvons chez la majorité de nos malades. Presque tous étaient arrivés depuis peu de temps à Montpellier, ainsi que l'indique le tableau suivant :

Malades.	Séjour à Montpellier.
—	—
18	depuis moins d'un mois.
36	— un mois à six mois.
18	— six mois à un an.
20	— un an à deux ans.
7	depuis plus de deux ans.
3	indéterminé.

Notre statistique comprend 61 militaires et 41 civils (12 femmes et 39 hommes). Il résulte de ce relevé que, pour le même âge, la fièvre typhoïde est moins fréquente chez les civils que chez les militaires. Avant d'examiner la cause de cette différence, il importe de faire remarquer que non-seulement ces derniers étaient arrivés depuis peu de temps à Montpellier, mais qu'ils étaient aussi presque tous nouvellement incorporés : ainsi, sur cinquante-six militaires, vingt étaient encore depuis moins d'un an sous les drapeaux et dix-sept depuis moins de deux ans. — Si la fièvre typhoïde est moins commune chez les civils, la raison est facile à trouver. Ces jeunes gens voyagent volontairement ; ils

[1] Michel Lévy, Traité d'hygiène publique et privée ; Paris, 1857, 3e édit., T. I, p. 395.

changent de climat, il est vrai, mais il y a peu de modification dans leur manière de vivre, dans leurs habitudes ; leur alimentation reste à peu près la même et leur condition normale varie très-peu. Chez les militaires, toutes ces circonstances sont modifiées : la nourriture est différente ; il y a un changement notable dans les habitudes ; souvent ils abandonnent une vie paisible pour se livrer dans les grandes villes à des excès de toute nature. Il faut ajouter à ces conditions le regret d'avoir quitté le pays. — D'ailleurs, le jeune soldat, à peine arrivé au corps, est surmené ; les exercices journaliers, les manœuvres, les parades, les veilles fréquentes, les marches forcées lui imposent une dépense de forces qui excède souvent la mesure de sa constitution et celle de la réparation alimentaire. On sait qu'à l'époque où se font les inspections militaires, ces jeunes gens sont soumis à des travaux plus pénibles encore. A Montpellier, l'inspection a lieu pendant le mois de septembre ; or, à cette époque, les militaires ont eu à souffrir déjà d'une température élevée à laquelle ils n'étaient pas habitués pour la plupart. — Telle est, dans son acception la plus large, l'idée qu'on doit se faire de l'acclimatement. Il y a donc là un concours de circonstances qui contribuent à modifier profondément l'individu qui les subit.

Cette condition, quelle que soit son importance, peut manquer. On voit quelquefois la fièvre typhoïde sévir sur des personnes qui n'ont jamais quitté leur ville natale ; mais en examinant toutes les circonstances qui ont agi sur ces individus, on trouve des conditions qui expliquent parfaitement le développement de la ma-

ladie. Ce sont parfois des *causes morales;* parmi elles, les passions tristes, la nostalgie, les émotions pénibles doivent être mentionnées d'une manière spéciale. Dans d'autres cas, on rencontre (ce qui n'est pas rare chez les jeunes gens) une grande activité donnée aux travaux de l'esprit, des veilles prolongées, des excès dans les plaisirs de l'amour et l'usage immodéré des boissons alcooliques. Il y a là un ensemble de causes qui agissent tantôt isolément et tantôt collectivement, et qui portent toujours une atteinte profonde sur les forces des sujets.

Y a-t-il une relation entre le développement de la fièvre typhoïde et les *saisons* de l'année? Il résulte de nos propres recherches qu'à Montpellier la fièvre typhoïde est plus fréquente en été; c'est ensuite en automne qu'on l'observe le plus souvent; enfin, elle est plus rare en hiver que dans les autres saisons. Quant aux mois, elle a été plus commune pendant les mois d'août et de septembre; nous plaçons après, suivant le degré de fréquence, les mois de juillet, d'octobre, de novembre, de juin et de décembre, de mai, de janvier et d'avril, de février et de mars. Ainsi, la fièvre typhoïde commençant à se montrer au mois de mars augmenterait de fréquence jusqu'au mois de septembre. Après cette époque pendant laquelle elle aurait son *maximum* de développement, elle irait en décroissant jusqu'au mois de février.

Mais chaque année la fièvre typhoïde ne sévit pas avec une égale intensité. En analysant tous les cas qui ont été admis dans le service de la clinique médicale, du 1er juillet 1860 au 1er janvier 1864, on peut classer

ces quatre années, d'après le degré de fréquence de cette maladie, dans l'ordre suivant : 1862, 1860, 1863 et 1861.

La fièvre typhoïde règne quelquefois d'une manière épidémique, sans que rien, dans les qualités de l'air, puisse expliquer un développement si rapide. Il faut alors admettre le *quid divinum* des anciens. Sous le coup de cette cause occulte, dont l'intensité est parfois excessive, on voit la maladie se montrer avec les allures les plus variées. A côté de fièvres typhoïdes présentant les symptômes les mieux dessinés, les périodes les plus régulières, on observe les modifications les plus diverses au point de vue symptomatique. — Malgré cette grande variété dans la forme, le fond reste toujours le même ; et à part quelques rares exceptions, dans lesquelles les phénomènes caractéristiques sont masqués par des complications, il est toujours aisé de saisir les traits de l'affection régnante.

Si la fièvre typhoïde se montre pendant le cours d'une *constitution médicale*, cette dernière influe sur ses formes et ses complications. C'est par cette influence combinée toutefois avec les conditions individuelles qu'on s'explique pourquoi, à certaines époques, les phénomènes ataxo-adynamiques sont plus accentués, et pourquoi, à d'autres moments, ils font défaut ; c'est elle aussi qui nous rend compte des otorrhées, des parotides, des gangrènes, des pneumonies, etc. ; et si, à Montpellier, l'état bilieux et l'état rémittent sont les complications générales les plus fréquentes dans le cours de la fièvre typhoïde, on en trouve la raison dans l'étude de la constitution médicale.

M. Boudin a prétendu que les localités marécageuses se faisaient remarquer par la rareté relative de la fièvre typhoïde [1]; mais les faits qu'on a publiés depuis sont venus démentir l'assertion de cet auteur. — L'observation démontre constamment que, dans les pays marécageux, cet *antagonisme* entre la maladie qui nous occupe et les fièvres intermittentes n'existe pas. Dans notre ville, où la fièvre intermittente est endémique, la fièvre typhoïde n'est pas rare, ainsi que le montrent nos relevés. Nous voyons cette maladie sévir principalement en été et en automne, c'est-à-dire à ces époques de l'année où les fièvres intermittentes s'observent en plus grand nombre. Bien plus, n'avons-nous pas constaté plusieurs fois chez le même malade l'association de la fièvre typhoïde et de l'élément rémittent? — D'ailleurs, en admettant que, dans les localités où les fièvres intermittentes sont très-communes, la fièvre typhoïde fût plus rare, il resterait à prouver que cet antagonisme ne tient pas à la mortalité causée par l'affection paludéenne.

Pendant long-temps on a nié la *contagion* de la fièvre typhoïde. Bretonneau (de Tours), le premier en France, publia un grand nombre de faits qui démontraient ce mode de transmission [2]. Mais à cette époque la majorité des médecins français rejetait la contagion de la fièvre typhoïde; aussi les idées du médecin de Tours ne furent accueillies qu'avec une extrême réserve. Depuis la communication de Bretonneau à

[1] Boudin, Annales d'hygiène, T. XXXIII.
[2] Arch. gén. de méd., T. XXI, p. 55.

l'Académie de médecine, les observations favorables à la contagion se sont multipliées, et aujourd'hui elles sont très-nombreuses [1]. Qu'on ne nous objecte pas que la contagion est très-rare à Paris, rare chez les élèves en médecine qui fréquentent les hôpitaux et chez ceux qui soignent leurs amis malades, etc. ! Ce sont là des raisons spécieuses. Peu nous importe à nous, partisans de la contagion, qu'on invoque mille preuves négatives; dans cette question un seul fait bien positif nous suffit. — Personne ne contestera la contagion de la variole, et cependant elle ne frappe pas tous ceux qui s'y exposent. Pourquoi en serait-il autrement pour la fièvre typhoïde? D'ailleurs, sans la prédisposition la contagion reste sans effet, ce qui explique pourquoi on peut être en contact avec un malade atteint de fièvre typhoïde sans contracter cette affection.

Des principaux faits qu'on a publiés, on peut déduire les conclusions suivantes :

1° La contagion de la fièvre typhoïde est désormais un fait acquis à la science; elle repose sur des

[1] Nous citerons les publications de Leuret, à Nancy (*Arch. gén. de méd.*, T. XVIII, p. 161); de Misler et Ruef, dans le département du Bas-Rhin; de Forget, à Strasbourg; de Putégnat, à Lunéville; de Lombard et Fauconnet, à Genève (*Arch. gén. de méd.*, T. XX, p. 185); de M. Gendron, du Château-du-Loir (*Épidémies des petites localités*, Mémoire inséré dans le *Journal des connaissances médico-chirurg.*, T. I, pp. 195, 225, 295, et T. II, p. 12); de M. Patry, dans le département d'Indre-et-Loire; de Bricheteau, de Piedvache, en 1849; de M. Trousseau (*Rapport sur les épidémies*, en 1857), et enfin de M. Henri Gintrac, de Bordeaux (*Union médicale*, 1864, T. XXI, p. 180).— On lit, dans le livre de M. le professeur Anglada, sur *la contagion* (T. I, p. 124), des exemples de contagion observés par M. le Dr Barre à l'hôpital Saint-Éloi.

observations qu'on ne peut nullement révoquer en doute.

2° La fièvre typhoïde n'est pas habituellement contagieuse, comme la variole par exemple ; elle le devient exceptionnellement sous l'influence de circonstances qui ne sont pas encore bien déterminées.

3° Pour que la contagion ait lieu, il faut de la part de l'individu qui reçoit le virus une aptitude particulière à réaliser la maladie.

Si la fièvre typhoïde reconnaît le plus souvent comme condition étiologique une ou plusieurs des circonstances que nous venons d'énumérer, il est des cas cependant où la maladie éclate sans que rien puisse en apparence justifier son développement. Il faut admettre qu'elle peut se manifester *spontanément*, mais ces cas sont rares.

Ainsi, la fièvre typhoïde présente dans son étiologie des caractères particuliers qui contribuent à démontrer son existence comme entité morbide : ces caractères se tirent surtout de l'influence de l'âge, de l'acclimatement, de l'immunité et de la contagion.

Symptômes et marche. — La fièvre typhoïde a aussi quelque chose de spécial dans son mode de manifestation ; elle présente un ensemble de symptômes particuliers ; mais ce qui surtout la caractérise, c'est de ne pouvoir pas être arrêtée dans sa marche. Elle offre à considérer dans son évolution trois périodes principales.

Dans la première période, la maladie n'est pas encore bien dessinée : aussi à cette époque le diagnostic est quelquefois douteux, soit que les symptômes

particuliers à la fièvre typhoïde fassent défaut, soit qu'ils s'accompagnent d'autres phénomènes morbides étrangers à la maladie. C'est la période d'*invasion;* elle dure en général un septénaire.

La deuxième, à laquelle on peut donner le nom de période d'*éruption,* est caractérisée principalement par l'apparition des taches rosées lenticulaires. Alors le diagnostic prend une certitude plus grande; cette phase a aussi une durée d'un septénaire.

Une troisième période, appelée *ataxique* ou *adynamique,* se rencontre dans la plupart des fièvres typhoïdes, et principalement dans celles qui sont graves. Dans les phases précédentes, on a pu observer quelques symptômes ataxiques et adynamiques; mais dans celle-ci ces phénomènes morbides sont si prononcés qu'ils dominent tous les autres. Cette période a une durée très-variable; elle est quelquefois très-courte et se termine brusquement par la mort; dans d'autres cas, elle se prolonge plus long-temps, soit que le malade guérisse, soit que la mort ait lieu.

La *convalescence* constitue aussi une période particulière, période de transition qui sépare la maladie de la santé. Cette période se caractérise par une faiblesse excessive et une tendance marquée à certains accidents qui peuvent amener la mort.

Enfin, nous devons mentionner encore une période préliminaire, période *prodromique,* qui n'existe pas toujours et qui n'est que le prélude de la scène morbide qui bientôt va se dérouler.

Ainsi, prodromes, invasion, éruption, ataxo-adynamie, convalescence, telles sont les phases diverses sous

lesquelles se présentent les principaux symptômes de la fièvre typhoïde.

Prodromes. — Le plus souvent la fièvre typhoïde offre des prodromes. Ils ont été constatés chez quarante-sept individus. La durée de cette période est très-variable ; elle est tantôt de quelques jours et tantôt de plusieurs semaines. Dans les cas que nous avons observés, elle a été de moins de cinq jours chez vingt-un malades, de moins d'un mois chez vingt-six, et chez deux autres elle s'est prolongée pendant près de deux mois. — Pendant cette période, rien ne fait encore prévoir qu'il s'agira d'une fièvre typhoïde; le malade éprouve une lassitude inaccoutumée; il se sent faible, fatigué, indifférent à tout ce qui l'entoure; il perd toute aptitude au travail physique et intellectuel; il se plaint de pesanteur de tête, parfois de céphalalgie et de vertiges; il a du dégoût, la langue est sale, et quelquefois il survient un peu de diarrhée; il n'est pas rare qu'il présente de légers saignements de nez. Tous ces symptômes sont en général assez confus : ils ne persistent pas toujours; souvent ils s'effacent pour revenir; le malade reprend un moment ses occupations, mais il ne tarde pas à retomber.

Invasion (période d'*augment*). — C'est de ce moment que l'on doit faire dater la maladie. Le début s'annonce, en général, par des frissons légers et un mouvement fébrile assez intense. Alors on voit apparaître un cortége de symptômes indiquant que des mouvements fluxionnaires ont lieu vers la tête, la poitrine et l'abdomen. « Il est facile, dit M. le professeur Combal, de se convaincre, à cette époque, que tous les systèmes

sont intéressés, sans que l'un d'entre eux ait plus de part que les autres à l'affection [1]. »

Dans cette période, il y a une diminution notable des forces; le malade marche en chancelant, il éprouve un sentiment particulier d'ébriété, appelé *ivresse typhique;* il a perdu toute aptitude au travail; il se fatigue aisément; sa figure offre une expression d'indifférence ou d'hébétude caractéristique, que l'on désigne sous le nom de *stupeur;* l'intelligence déjà est un peu émoussée; les réponses sont lentes, mais encore justes; il y a des rêvasseries et parfois un délire tranquille pendant la nuit; le malade accuse de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, et une légère dureté de l'ouïe, qui va plus tard jusqu'à la surdité complète; en même temps, il survient des épistaxis, l'écoulement du sang est en général peu abondant; il se reproduit le même jour ou les jours suivants. La bouche est pâteuse ou amère, l'appétit est nul et la soif vive; la langue est habituellement rouge à la pointe et sur les bords, blanche et en même temps piquetée de rouge sur le reste de sa surface; dans d'autres cas, elle présente au milieu une bande rouge et déjà sèche; le plus souvent, elle est humide au début, mais peu à peu arrive la sècheresse; les dents perdent leur aspect brillant; les gencives se recouvrent d'un liséré blanchâtre. La respiration est en général normale; parfois elle perd son moelleux habituel, elle devient rude; le plus souvent il n'y a pas encore de toux;

[1] Combal, *La fièvre typhoïde est-elle une fièvre essentielle?* 1849, p. 56.

la peau est chaude et sèche; le pouls vif, fréquent, développé. Le ventre est un peu tendu, douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite; la palpation fait percevoir dans cette région un peu de gargouillement; habituellement, il y a de la diarrhée, les selles sont fréquentes, et les matières évacuées très-liquides et le plus souvent jaunâtres; mais dans quelques cas plus rares c'est la constipation qu'on constate.

En résumé, les phénomènes les plus constants de cette période sont : la prostration, les rêvasseries, le délire nocturne, la stupeur, les épistaxis, un mouvement fébrile intense, la rougeur et la sècheresse de la langue, la diarrhée, la douleur et le gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Éruption (période d'*état*). — Vers la fin du premier septénaire apparaissent les taches rosées lenticulaires; alors commence la deuxième période, qui se caractérise par l'intensité plus grande des symptômes signalés pendant la période précédente. La prostration est très-grande; le malade est couché sur le dos; si on le fait asseoir sur son lit, les mouvements sont très-lents, les rêvasseries et le délire sont plus accentués. La stupeur, qui dans la première période était peu marquée, est de plus en plus grande, et si elle ne s'est pas encore montrée, elle apparaît; la surdité se prononce un peu plus; la chaleur de la peau est très-élevée; le thermomètre a mesuré 41° cent. chez quelques malades; le pouls est vif, fréquent, dépressible, et souvent on constate le soir une exacerbation; celle-ci se révèle habituellement par une chaleur plus grande, l'animation de la face, la sècheresse de la langue, etc.

Une légère exsudation brunâtre a lieu sur les dents et les lèvres; la langue est sèche, tremblante, rugueuse et rouge aux bords et à la pointe; le ventre se météorise; la diarrhée persiste, parfois elle augmente. Le malade tousse, et l'auscultation révèle des deux côtés de la poitrine des râles sibilants qu'on perçoit en arrière aussi bien qu'en avant; bientôt à ces ronchus s'ajoutent des râles ronflants et sous-crépitants.—Ainsi, désordre plus grand dans les fonctions du système nerveux, éruption papuleuse, râles typhoïdes, météorisme abdominal, diarrhée plus intense, tels sont les principaux symptômes de cette période.

Ataxo-adynamie (période de *déclin*).—Elle est caractérisée par l'ensemble des phénomènes ataxiques et adynamiques. Dans beaucoup de cas on trouve ces deux groupes de symptômes réunis; chez d'autres sujets il n'y a que l'un des deux; enfin, il est des fièvres typhoïdes, très-bénignes en apparence, qui se font remarquer par l'absence complète de ces phénomènes.

Dans cette période, le malade est dans un état d'affaissement considérable; il est couché comme une masse inerte et tend à glisser vers le pied du lit; la stupeur est si grande qu'il est complètement étranger à ce qui se passe autour de lui. Interpellé, il répond péniblement à ce qu'on lui demande et redevient indifférent. Le délire, qui d'abord était nocturne, continue pendant la journée; parfois il devient furieux, il alterne avec la somnolence; alors on voit survenir les soubresauts des tendons, la carphologie. Dans quelques cas, on observe un tremblement des membres, de la langue,

des lèvres ; le pouls est petit, fréquent, irrégulier, souvent dicrote, parfois inégal ; la peau sèche, parcheminée ; la température moins élevée que dans les premières périodes.

L'amaigrissement qui avait commencé à se montrer dans la période précédente fait des progrès ; on note aussi une tendance à la production de la gangrène : ainsi, la surface des vésicatoires se recouvre de taches blanchâtres ; des eschares se forment principalement dans la région du sacrum et des grands trochanters. Les narines deviennent pulvérulentes, les lèvres fuligineuses ; la langue noire, rugueuse, comme racornie ; des productions diphthéritiques apparaissent souvent dans la cavité buccale ; le météorisme abdominal est considérable, les selles fréquentes, souvent involontaires ; il y a aussi tantôt incontinence et tantôt rétention d'urine ; la respiration s'accélère ; la toux est plus marquée ; en explorant la poitrine, on constate de la matité des deux côtés, des râles sonores, sibilants et ronflants, des râles sous-crépitants et muqueux, et à une époque plus avancée on trouve du souffle tubaire et la bronchophonie. Dans cette période se montrent également les *sudamina*. Alors aussi surviennent des hémorrhagies intestinales et des épistaxis, indices d'une altération profonde du sang. C'est dans cette phase que l'on observe des otorrhées, des engorgements de la région parotidienne, des abcès, etc.

La mort arrive le plus souvent pendant cette période. Sur trente-deux malades, vingt-cinq ont succombé après le deuxième septénaire. La mort est quelque-

fois la conséquence d'une complication (pneumonie, péritonite, etc.) ; souvent elle est due aux progrès de la maladie. Dans le premier cas, on voit survenir des phénomènes insolites, soit du côté du ventre, soit du côté de la poitrine ou de la tête ; dans le second cas, les symptômes de la troisième période acquièrent une intensité excessive : la stupeur augmente, au délire succède le coma ; le malade ne sort plus la langue lorsqu'on le lui demande ; la prostration est extrême, le ventre est très-météorisé ; la respiration s'accélère, elle devient stertoreuse ; le pouls est très-petit, irrégulier ; la face se décompose, une sueur froide couvre le malade, et la mort a lieu après une agonie très-courte.

Une mort subite emporte quelquefois les malades ; on en trouve un exemple dans la *Clinique médicale* de M. Andral (*Obs.* 11). Nous en citons un autre que nous avons recueilli nous-même. Dans ces deux cas, la mort eut lieu le 14e jour. M. le professeur Courty nous a dit avoir vu mourir subitement une de ses malades à peu près à la même époque. Dans ces derniers temps, on a eu la raison d'une terminaison si brusque. Virchow a publié deux observations qui prouvent qu'elle est due à une embolie de l'artère pulmonaire (*Obs.* 3 *et* 4). Chez notre malade, nous avons pu invoquer la même cause (*Obs.* 2).

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, on voit les symptômes les plus graves s'amender et disparaître ; le délire se calme, la stupeur diminue et s'efface, la physionomie tend à devenir naturelle ; le malade, long-temps indifférent, commence à s'intéresser

à ce qui l'entoure ; il demande des aliments, le sommeil est plus paisible et les mouvements plus faciles, la langue se dépouille de l'enduit brunâtre qui la recouvrait, elle s'humecte ; le ventre devient souple, les selles cessent d'être involontaires, elles sont moins fréquentes et bientôt la diarrhée se suspend. En même temps le pouls perd de sa fréquence, la peau est moins sèche ; en un mot, toutes les fonctions tendent à prendre leur rhythme normal.

Convalescence. — La convalescence de la fièvre typhoïde est toujours longue. Dans les cas même où la maladie a été bénigne, on est frappé de la lenteur avec laquelle les forces reviennent et les fonctions se rétablissent. Cette période présente des traits particuliers : le malade se lève, mais sa marche est titubante, il éprouve des vertiges et beaucoup de fatigue ; la face est amaigrie et pâle, le pouls fréquent et dépressible, la peau très-impressionnable au froid ; l'appétit revient en général très-vite, le malade accuse une faim excessive, il réclame à grands cris des aliments ; mais il ne faut pas l'écouter. L'intestin, qui vient d'être le siége de lésions quelquefois très-profondes, a besoin d'être ménagé. On doit se rappeler sans cesse les cas malheureux où la mort a eu lieu en quelques jours à la suite d'un excès dans le régime. Malgré les soins les plus assidus, les malades restent long-temps faibles et l'amaigrissement ne disparaît que lentement.— Divers accidents peuvent se montrer dans le cours de cette période. Nous avons vu chez quelques sujets des abcès multiples, la chute des cheveux et l'infiltration séreuse des membres inférieurs. Dans

d'autres cas, l'intelligence reste long-temps dans un état de torpeur ; quelquefois même un dérangement des facultés intellectuelles succède à la fièvre typhoïde.

Nous connaissons l'évolution de la fièvre typhoïde et ses diverses périodes, il convient d'examiner en détail les divers symptômes qui ont un rapport direct avec cette maladie. Nous allons étudier successivement : la stupeur, la faiblesse musculaire, le gargouillement qui existe dans la fosse iliaque droite, la diarrhée, le météorisme, les éruptions diverses, les râles typhoïdes et les hémorrhagies.

La *stupeur* est un des premiers phénomènes qui se montrent, c'est aussi un des plus constants. Elle varie depuis l'étonnement le plus léger, jusqu'à l'indifférence la plus absolue du malade pour les objets et les personnes qui l'entourent. Elle peut manquer ; elle n'a pas été observée six fois sur cent deux malades ; dans treize cas elle a été très-légère, et chez deux de ces sujets le diagnostic a été confirmé par l'ouverture du corps. — Il est d'autres phénomènes nerveux qui ne sont pas aussi constants que la stupeur, mais qui néanmoins se rencontrent très-souvent : ce sont les tintements d'oreilles, les vertiges, les rêvasseries, le délire, la céphalalgie et l'ivresse typhique.

La *faiblesse musculaire* se traduit de diverses manières. Chez ceux qui ne sont pas très-gravement malades, ou qui ne se croient pas assez malades pour se mettre au lit, elle se révèle par la titubation ; chez ceux qui sont couchés, elle se reconnaît à la prostration et au décubitus dorsal. Ce symptôme se présente très-

souvent dès le début de la maladie et s'y rattache directement; il indique une altération profonde des forces, de même que les symptômes précédemment énumérés annoncent une grande perversion dans les fonctions du système nerveux. Cette faiblesse est si grande quelquefois, qu'elle va jusqu'à produire la syncope : c'est ce que nous avons observé au début de la maladie chez un sujet qui a présenté une fièvre typhoïde légère et qui était convalescent dès le 20e jour.

Le *gargouillement*, la *diarrhée* et le *météorisme* sont des phénomènes très-importants. — Le gargouillement a existé chez la plupart de nos malades; il n'a manqué que vingt-deux fois. Il siége habituellement dans la fosse iliaque droite, et se constate en exerçant une légère pression avec la main dans cette région. On perçoit une sensation de bulles qui éclatent sous la main. Il est dû au mélange des liquides et des gaz qui se trouvent dans le cœcum. — La diarrhée a été notée chez presque tous nos malades; elle s'est montrée dès les premiers jours. Elle constitue, comme le gargouillement, un symptôme précieux par sa fréquence et par son apparition précoce. Chez dix individus, nous avons observé de la constipation pendant tout le cours de la maladie; dans tous les autres cas, il y a eu de la diarrhée; mais chez quinze sujets la diarrhée et la constipation se sont présentées alternativement à des époques variables. — Le météorisme est fréquent dans la fièvre typhoïde et très-rare dans les autres maladies aiguës. Nous l'avons constaté dans les deux tiers des cas. On doit regarder ce symptôme comme un moyen de diagnostic important.

Des *éruptions* diverses s'observent dans le cours de la fièvre typhoïde : ce sont les taches rosées, les pétéchies, les taches bleues et les sudamina. — Les *taches rosées lenticulaires* ont existé dans presque tous les cas ; elles ont manqué seulement dix fois sur quatre-vingt-seize malades. Chez ces dix sujets, l'abdomen et le thorax furent explorés tous les jours, mais on ne constata aucune éruption. Deux de ces malades succombèrent, les huit autres guérirent. Parmi ces huit individus, deux présentèrent une fièvre typhoïde très-grave, et six une fièvre typhoïde légère qui ne s'accompagna d'aucun phénomène ataxique, et dont la durée fut de deux à quatre septénaires. Cette éruption est constituée par de petites taches rouges de la dimension d'une petite lentille, légèrement saillantes, et s'effaçant momentanément par la pression. Elles siègent de préférence sur l'abdomen et à la base de la poitrine en avant. Tantôt on les trouve à la fois dans ces deux régions, tantôt isolément dans l'une ou dans l'autre. Dans ce dernier cas, il est plus fréquent de les rencontrer sur l'abdomen. Chez sept malades, nous les avons notées en même temps sur les membres supérieurs et inférieurs. Elles ne se montrent pas toutes le même jour ; il y a pendant plusieurs jours consécutifs des éruptions successives. Le nombre des taches est très-variable : on en trouve quelquefois à peine quelques-unes ; dans d'autres cas il est impossible de les compter, tant le nombre en est grand. Elles apparaissent en général du 6e au 9e jour ; nous ne les avons jamais trouvées avant le 4e jour ; dans un cas, elles ont tardé à se montrer jusqu'au 14e jour. La durée moyenne des

taches est de sept à huit jours ; les termes extrêmes de cette durée sont trois et quinze jours (Louis).

Les détracteurs de la fièvre typhoïde ont prétendu que cette éruption n'avait aucune importance, attendu que l'application de cataplasmes sur l'abdomen pouvait la faire naître. C'est là une objection qui ne mérite pas d'être réfutée, tant elle est futile ; il faudrait être bien peu habitué à l'observation clinique, pour confondre l'éruption que détermine l'application d'un cataplasme avec les taches rosées de la fièvre typhoïde. Et, d'ailleurs, dans combien de cas ne voit-on pas ces taches, alors qu'aucun cataplasme n'a été placé sur l'abdomen du malade ! Comment expliquer aussi leur présence sur le thorax et sur les membres, c'est-à-dire dans des points où des cataplasmes n'ont pas été appliqués ? — L'éruption que provoque quelquefois un cataplasme, lorsque la farine de lin n'est pas fraîche ou bien lorsque le même cataplasme est laissé trop long-temps en place, diffère essentiellement de celle qui est propre à la fièvre typhoïde : c'est une éruption vésiculeuse analogue à l'eczéma ou à la miliaire. Les vésicules sont acuminées, remplies d'une sérosité quelquefois purulente ; l'éruption typhoïde est au contraire constituée par des papules de la grosseur d'une lentille, d'où le nom qui lui a été donné.

Par leur constance et par l'époque de leur apparition, les taches rosées fournissent un signe précieux pour le diagnostic. D'ailleurs, elles semblent spéciales à la fièvre typhoïde. « Quoique l'existence de ces taches, dit M. le professeur Combal, ne soit pas absolument indispensable pour caractériser la fièvre typhoïde,

il faut avouer néanmoins qu'elles sont tellement constantes, qu'on doit les prendre en sérieuse considération; et ce qui ne doit pas être d'une médiocre valeur, c'est qu'elles n'apparaissent presque jamais dans les autres maladies aiguës. Pour notre compte, nous ne les avons vues que dans la fièvre typhoïde[1]. » Nos propres recherches confirment en tout point l'assertion de notre Maître.

Cette éruption n'est pas la seule. On constate parfois des *pétéchies*. Nous les avons rencontrées chez cinq malades, elles siégeaient sur l'abdomen et sur les cuisses; le moment de leur apparition a été très-variable. — Il ne faut pas les confondre avec les taches rosées: celles-ci sont érythémateuses, légèrement saillantes, s'effaçant sous la pression, tandis que les pétéchies sont de véritables hémorrhagies qui ne disparaissent pas sous la pression.

On trouve aussi, dans quelques cas de fièvre typhoïde, une éruption constituée par des *taches bleuâtres* qui siègent de préférence à la base du thorax, sur l'abdomen, dans les régions inguinales, à la partie interne des cuisses. Ce sont des macules d'une teinte bleue ou ardoisée, ressemblant quelquefois à une tache d'encre effacée; elles sont ovalaires, unguiformes, le plus souvent discrètes. On peut les regarder comme des espèces d'ecchymoses; elles ne sont pas saillantes et ne disparaissent pas par la pression. Nous les avons constatées chez onze malades; elles se sont montrées du 8e jour au 17e. Ces taches ne sont pas spéciales à la fièvre

[1] Combal, thèse citée, p. 61.

typhoïde ; nous les avons rencontrées dans plusieurs cas de fièvre rémittente et de fièvre gastrique. M. Davasse, à Paris, les a décrites dans la fièvre synoque. M. le docteur Delioux de Savignac les a vues dans l'angine tonsillaire, la fièvre éphémère, l'embarras gastrique et la pneumonie [1]. Il est à remarquer que cette éruption accompagne surtout les fièvres typhoïdes bénignes. Sur les onze malades qui les ont présentées, trois seulement sont morts.

Les *sudamina* ont existé chez treize malades. Cette éruption est formée par de petites vésicules hémisphériques, du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet. Ces vésicules sont incolores ; elles renferment un liquide séreux et ressemblent à des gouttes de rosée. Elles apparaissent sur plusieurs parties du corps et principalement au cou ; elles sont difficiles à voir, mais on les reconnaît très-facilement par le toucher. Leur développement paraît coïncider avec des sueurs abondantes. Ce symptôme n'est pas très-important pour le diagnostic ; car, lorsqu'il apparaît, on est déjà fixé sur la nature de la maladie qu'on observe. De plus, cette éruption ne présente rien de précis ni dans son apparition ni dans sa constance. Les sudamina manquent très-souvent dans le cours de la fièvre typhoïde, et ils peuvent se développer dans des maladies très-diverses. Je les ai souvent observés chez des phthisiques et dans plusieurs cas de rhumatisme et de péritonite ; ce n'est donc pas là un symptôme d'une bien grande valeur.

[1] Gazette des Hôpitaux, octobre 1863.

D'autres éruptions ont été constatées : ainsi, chez sept malades, nous avons observé un érythème assez étendu du thorax. Chez d'autres, nous avons rencontré des pustules d'ecthyma sur les membres, une éruption varioliforme et des pustules de rupia au niveau du sacrum.

Les *râles typhoïdes* ne se montrent pas dès le début de la maladie. Dans la forme pectorale, leur apparition est plus précoce. On les constate en général vers la fin du deuxième septénaire ou au commencement du troisième. En auscultant le malade, on perçoit des râles sibilants, sonores, sous-crépitants et muqueux; ils n'ont manqué que dans onze cas. Ces divers râles ne sont pas spéciaux à la maladie que nous étudions, on les observe souvent dans d'autres affections. Toutefois, dans la fièvre typhoïde, ils présentent quelques particularités. Ainsi, ils se manifestent dans la totalité des deux poumons, envahissent ces organes de bas en haut, et se caractérisent par un mélange confus de tous les râles que nous avons signalés. A moins que la maladie n'offre la forme pectorale, aucun symptôme fonctionnel ne fait soupçonner leur existence; il n'y a pas de toux, ni de gêne de la respiration, et si l'on n'avait pas le soin d'ausculter tous les jours son malade, la congestion pulmonaire pourrait être méconnue.

Les *hémorrhagies* qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde n'ont pas à beaucoup près l'importance des autres phénomènes morbides; elles ne sont ni aussi fréquentes, ni aussi constantes; cependant il faut noter les épistaxis du début qui réunies aux autres caractères ont une certaine signification et complètent

le diagnostic. Les hémorrhagies qui surviennent à la fin de la maladie n'ont de la valeur qu'au point de vue du pronostic; elles peuvent compromettre la vie du malade. L'hémorrhagie la plus commune est celle qui se fait par les fosses nasales. L'écoulement de sang est en général peu abondant; le malade ne perd que quelques gouttes. Dans d'autres cas, elle a lieu par la muqueuse de l'intestin. Chez trente-six sujets il n'a pas été constaté d'hémorrhagie nasale; est-ce parce qu'elle avait manqué réellement ou parce que le malade ne s'était pas bien observé? Nous l'ignorons. Cinquante-sept individus ont eu des épistaxis, soit au début de la maladie (43 fois), soit pendant son évolution (14 fois); cinq fois l'hémorrhagie s'est traduite par la présence de quelques filets de sang dans les crachats; enfin, huit malades ont offert un écoulement de sang par l'intestin. Celui-ci a eu lieu à la fin du deuxième septénaire (2 fois), pendant le troisième (5 fois), pendant la convalescence (1 fois). Deux de ces malades avaient eu déjà des épistaxis. Les hémorrhagies intestinales sont quelquefois très-graves; elles peuvent amener la mort au même titre que les autres pertes de sang. Nous les avons vu précéder deux fois une perforation intestinale; mais souvent elles semblent avoir un pronostic moins grave. Ainsi, quatre de nos malades ont guéri. Nous pouvons citer un cinquième cas de guérison, que nous avons observé en ville. Nous avions à soigner l'année dernière, en l'absence de notre Maître, M. le professeur Combal, un jeune homme atteint de fièvre typhoïde; la maladie était en apparence très-bénigne; une hémorrhagie intestinale survint le 24[e] jour; la

perte de sang fut assez considérable; quelques jours après, elle se reproduisit; cependant la guérison eut lieu.

Les symptômes que nous venons d'énumérer ont une grande importance par eux-mêmes; mais ils en acquièrent une bien plus grande encore par leur combinaison et par leur mode d'évolution.

En exposant les symptômes de la fièvre typhoïde et leur marche, nous avons décrit trois périodes principales. C'est là un tableau synthétique de la fièvre typhoïde qui découle de la plupart des observations recueillies par nous. Mais hâtons-nous de dire que si dans la plupart des cas, et surtout des cas graves, on observe ces divers symptômes et cette marche, il en est d'autres qui ne se prêtent pas à une telle division. Au lit du malade, que d'exceptions ne trouve-t-on pas! Dans un cas, la fièvre typhoïde débute brusquement et manque de prodromes; dans un autre, c'est l'éruption qui fait défaut; ici, la fièvre typhoïde ne s'accompagne d'aucun symptôme ataxique; ailleurs, on voit des phénomènes adynamiques très-peu accentués. Mais les anomalies ne portent pas seulement sur l'absence ou la présence des diverses périodes, elles résultent quelquefois de l'inversion de ces mêmes périodes. Tantôt c'est l'ataxie qui ouvre la scène, les taches rosées ne se montrent qu'après; tantôt, dès le début même, on observe les phénomènes adynamiques les plus intenses. Dans d'autres circonstances, c'est la durée de chacune d'elles qui est modifiée; cette durée peut être plus courte ou plus longue qu'elle ne l'est habituellement. On comprend combien il est difficile de présenter tous

les traits caractéristiques de ces diverses anomalies. On est obligé, pour la facilité de l'étude, de se créer un type, et d'indiquer sommairement les points sur lesquels doivent porter les principales variétés. Aussi, bien que cette division en trois périodes ne puisse pas s'appliquer à tous les cas de fièvre typhoïde, on doit la conserver. Elle est l'expression fidèle de ce qui s'observe dans la majorité des faits. D'ailleurs, elle permet de mieux grouper les symptômes et de saisir leur mode d'évolution. En supposant qu'elle n'eût que ce seul mérite, elle devrait être maintenue!

Parmi les anomalies que cette maladie peut présenter, il en est deux qui doivent nous arrêter un moment: nous voulons parler des fièvres typhoïdes *légères* et des fièvres typhoïdes *latentes*.

Peu de médecins nient aujourd'hui l'existence de la fièvre typhoïde comme entité morbide, mais beaucoup ne lui font pas la part qui lui est due; ils la considèrent comme une fièvre maligne, et il leur répugne d'admettre qu'elle peut être légère: c'est là une erreur. La notion de la fièvre typhoïde se tire moins de la gravité des symptômes que de leur multiplicité, c'est-à-dire de ce cortége de symptômes fournis par l'état des trois grandes cavités. M. Louis a fait remarquer avec juste raison que cette maladie passe quelquefois inaperçue. Dans les observations de perforation intestinale qu'il a publiées [1], la fièvre typhoïde n'avait pas été diagnostiquée; dans ces cas; les symptômes caracté-

[1] Louis, ouv. cit., T. II, p. 218.

ristiques de cette affection sont à peine ébauchés ou bien ils font complètement défaut : ce sont là des exemples de fièvre typhoïde *latente*. On trouvera, parmi nos observations, deux cas remarquables de fièvre typhoïde latente, chez deux jeunes gens qui conservèrent jusqu'au moment de la mort toutes les apparences de la santé, et qui cependant présentèrent, à l'autopsie, les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde (*Obs.* 8 et 9). Dans ces deux faits, la latence a existé au plus haut degré; dans d'autres cas, on observe quelques symptômes, mais ils sont très-légers, et, à moins d'un examen minutieux, on en méconnaît la valeur jusqu'au moment où des accidents formidables éveillent l'attention. On est étonné de voir apparaître brusquement des phénomènes ataxiques et adynamiques (*Obs.* 32), ou bien les signes d'une péritonite suraiguë (*Obs.* 28, 29); mais, en y regardant de plus près, en pesant un peu mieux des symptômes fugaces, dont jusqu'alors on n'avait pas tenu un compte assez grand, on s'explique tous ces accidents qui avaient pu paraître étranges. Ainsi, au point de vue du pronostic, ces fièvres typhoïdes, si bénignes en apparence, présentent la même gravité; elles exposent le malade aux mêmes accidents. Si, au point de vue des complications, il y a le même danger, si les altérations dévoilées par la nécropsie sont les mêmes, évidemment cette forme de fièvre typhoïde ne peut pas être considérée comme une maladie différente. D'ailleurs, en admettant des fièvres typhoïdes latentes, on ne s'éloigne nullement des principes de l'École de Montpellier; il n'y a dans cette doctrine rien qui puisse répugner à

personne. Ne professe-t-on pas tous les jours que les mêmes causes morbifiques ont des effets très-variables suivant les individus, que l'*idée morbide* est conçue différemment et exprimée de diverses manières suivant les constitutions et les idiosyncrasies ?

Aux considérations qui précèdent et qui se tirent de l'observation directe, on doit ajouter une autre preuve fournie par l'étude des faits analogues. Personne ne conteste l'existence des pneumonies, des pleurésies, des péritonites *latentes*. Si ces diverses maladies peuvent, dans quelques circonstances, ne pas se traduire par les symptômes fonctionnels qui leur sont habituels, on doit aussi reconnaître qu'il est des cas de fièvre typhoïde qui se développent sans présenter la physionomie qui leur est propre, et qui échappent à la sagacité des praticiens les plus habiles.

A côté de ces fièvres typhoïdes, dont l'expression est si incomplète, plaçons les faits de fièvre typhoïde *bénigne*. Ici, nous trouvons le tableau symptomatique, mais en raccourci. Les individus sont jeunes, nouvellement acclimatés; au moment où la maladie éclate, ils sont titubants, ils ont des vertiges, des rêvasseries, des épistaxis; à l'examen, on trouve que leur physionomie est empreinte d'un certain degré de stupeur et l'on constate des signes bien manifestes d'irritation gastro-intestinale: langue blanchâtre, mais piquetée de rouge et injectée sur ses bords, liséré des gencives, soif, tension abdominale, diarrhée, gargouillement; un peu plus tard, on voit apparaître les râles sibilants, les taches rosées lenticulaires, quelquefois des taches bleues; il y a aussi un peu de prostration, mais pres-

que jamais de l'ataxie. Ces fièvres ont une marche déterminée ; elles durent de deux à trois septénaires. Comme dans les fièvres typhoïdes graves, il est impossible de les enrayer dans leur mode d'évolution, quelle que soit d'ailleurs la thérapeutique employée; la conduite la plus sage est de livrer le mal aux seuls efforts de la nature.

M. le docteur Barre insistait, dans ses cliniques, sur ces cas légers de fièvre typhoïde et leur attachait une grande importance, au point de vue des analogies qu'on peut établir entre l'affection qui nous occupe et la variole. Il se demandait s'ils ne seraient pas un diminutif de la fièvre typhoïde grave, et si les rapports qui existent entre ces deux maladies ne seraient pas comparables à ceux qu'il y a entre la varioloïde et la variole. Cette opinion, que nous partageons complètement, se trouve confirmée par l'observation. Ces fièvres, quoique légères, s'accompagnent des mêmes lésions intestinales que les fièvres typhoïdes graves et elles exposent le malade aux mêmes accidents; en effet, on voit quelquefois, dans les unes comme dans les autres, la mort survenir à la suite d'une perforation de l'intestin, et l'on constate à l'ouverture du corps les mêmes désordres anatomiques. — En résumé, identité dans les causes, dans les symptômes, dans la marche, dans les lésions et dans le traitement, tels sont les nombreux points de contact qui existent entre les fièvres typhoïdes bénignes et les fièvres typhoïdes graves, et qui permettent de conclure à l'identité de nature.

Comme les faits dont nous parlons ne sont pas admis par tout le monde, nous croyons qu'il est nécessaire

de citer quelques exemples. Nous en choisissons deux, qui se font remarquer par une symptomatologie peu accentuée et une durée très-courte.

OBSERVATION I.

Fièvre typhoïde légère ; début brusque ; vertiges ; absence d'épistaxis ; stupeur légère ; taches rosées lenticulaires confluentes ; irritation gastro-intestinale ; adynamie constante ; absence de râles bronchiques et de phénomènes ataxiques ; convalescence dès le 14e jour.

Un peintre en bâtiments, âgé de 22 ans, né à Quimper (Finistère), habitait Montpellier depuis bientôt trois ans. Doué d'une bonne constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin, il raconte qu'il a eu dans son enfance des manifestations diathésiques (croûtes impétigineuses du cuir chevelu et engorgement ganglionnaire du cou) et, il y a deux ans, des coliques saturnines qui ont duré un mois.

Le 16 juin 1861, à la suite d'un bain froid, il éprouve des frissons légers ; le lendemain, il se sent brisé, accuse de la céphalalgie et des vertiges ; le second jour, il se purge ; dès ce moment, il présente de la diarrhée, de l'insomnie, de l'anorexie, et une très-grande fatigue ; la céphalalgie devient excessive. Le quatrième jour il s'alite, et le huitième il entre à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Vincent, lit n° 2.) On constate l'état suivant : décubitus dorsal, abattement, paresse dans les mouvements, animation de la face ; céphalalgie intense, vertiges, langue blanche, un peu rouge à la pointe et sur les bords, soif vive, inappétence, trois selles liquides depuis hier, douleur à la pression dans la fosse iliaque droite ; pas de gargouillement, plusieurs taches rosées lenticulaires sur le ventre, chaleur élevée de la peau ; pouls fréquent (95), vif.

Le 9e jour. Le malade n'a pas dormi ; il se plaint surtout de la tête, le pouls est à 96, la peau chaude, le ventre douloureux à droite, pas de selles ce matin. Les taches rosées sont plus nombreuses. (Bouillon coupé, orge sucré, lavement émollient, frictions sur l'abdomen avec l'huile de camomille camphrée, cataplasme émollient sur le ventre à renouveler de quatre en quatre heures.)

Le 10e jour. La nuit a été bonne; il y a de la prostration, la langue se dépouille de l'enduit blanc qui la recouvrait, elle est de plus en plus rouge sur les bords et à la pointe, la soif est encore vive, les selles fréquentes (quatre par jour) et les taches rosées nombreuses; le cataplasme appliqué trop chaud détermine sur l'abdomen de l'érythème; le pouls est à 84. (Même traitement.)

Le 11e jour. Nuit bonne, langue sèche, quatre selles en diarrhée, pouls à 80.

Le 12e jour. Point de céphalalgie, les taches rosées qui sont très-confluentes pâlissent, la langue est moins rouge, il y a eu trois selles, le pouls est à 80.

Le 13e jour. Il reste toujours un peu de prostration, les taches rosées sont encore apparentes, langue rouge, pas de chaleur, pouls à 68. (Potage.)

Le 14e jour. Il n'y a plus de fièvre, la diarrhée persiste les jours suivants, les taches s'effacent insensiblement, cependant le malade se lève et mange le demi-quart.

OBSERVATION II.

Fièvre typhoïde légère; prodromes pendant quinze jours; pas d'épistaxis; prostration; stupeur; diarrhée; taches rosées; râles sibilants; surdité légère; pas d'ataxie; convalescence dès le 14e jour

Un militaire du 1er Génie, âgé de 25 ans, doué d'un tempérament lymphatico-bilieux et d'une complexion forte, habite Montpellier depuis six mois. Il a eu antérieurement des douleurs rhumatismales, une fièvre intermittente et une dysenterie.

Depuis quinze jours environ, il présentait de l'inappétence, un peu de dévoiement lorsque, le 24 juillet 1863, il éprouve en se levant des envies de vomir, une céphalalgie sus-orbitaire très-intense, des vertiges et beaucoup de faiblesse dans les jambes. En même temps, il a de la diarrhée, il accuse une grande chaleur, ne dort pas la nuit et présente de la titubation. Il n'y a pas d'épistaxis.

Il entre à Saint-Éloi (salle Saint-Lazare, nº 8) le 9e jour; le 11e, nous constatons les symptômes suivants : le décubitus indique un état d'affaissement, le malade est couché sur le dos, il glisse

vers le pied du lit, il n'a pas dormi ; stupeur légère, céphalalgie, un peu de dureté de l'ouïe, soif, langue recouverte d'un enduit blanc, diarrhée, taches rosées lenticulaires sur l'abdomen, râle sibilant, chaleur de la peau, pouls fréquent (à 88), dicrote. (Potion avec sulfate de quinine 1 gramme, résine de quinquina 4 grammes ; solution avec le sirop de groseille, cataplasme émollient.)

Le 12e jour. Les symptômes sont à peu près les mêmes; le malade a dormi, la langue est un peu sèche, la diarrhée persiste, ventre un peu tendu, une quinzaine de taches rosées sur la poitrine et l'abdomen, toux légère, râles sibilants peu prononcés en avant, chaleur modérée, pouls à 84. (Bouillon coupé, infusion de mauve et de tilleul, looch avec un décigramme de kermès, cataplasme.)

Le 13e jour. Sommeil, céphalalgie très-légère, pas de trouble de l'ouïe, langue humide, ventre un peu tendu, deux selles liquides, pas de gargouillement, persistance de taches rosées, pouls à 76. (Même traitement). Le soir, il se lève un peu.

Le 14e jour. Il dort bien, est encore un peu abattu; point de stupeur, langue belle, deux selles, pas de chaleur, pouls à 68. (Potage.)

Le 15e jour. L'amélioration persiste ; absence de fièvre, une selle normale, pouls à 60; les taches sont encore visibles; le malade se lève, il est en convalescence.

Ces observations ne sont pas les seules que nous pourrions citer, il nous serait aisé d'en rapporter encore d'autres. Chez trente-cinq de nos malades, les symptômes ont été légers, l'adynamie a été peu prononcée, et les phénomènes ataxiques ont fait complètement défaut. Si nous analysons tous ces cas, nous trouvons que la durée a été en général courte. La maladie s'est terminée à la fin du deuxième septénaire chez cinq individus, du deuxième au troisième chez vingt, et dans le cours du troisième chez dix.

Dans la moitié des cas, on a observé des prodromes, et presque toujours on a constaté de la céphalalgie et

de l'affaissement. L'intégrité des fonctions intellectuelles a été notée chez tous les sujets; deux fois seulement il y a eu du délire et le plus souvent des rêvasseries. La stupeur était en général légère; chez quelques individus elle a été très-légère, elle a manqué deux fois, et dans trois cas elle a été très-prononcée. — Treize malades n'ont pas offert d'épistaxis. — La diarrhée a été très-fréquente; huit fois seulement on a noté la constipation. La douleur abdominale a existé vingt-quatre fois; le météorisme a été observé dans la moitié des cas environ, et le gargouillement plus souvent encore (28 fois). — Les taches rosées se sont montrées chez presque tous ces malades (31 fois); elles n'ont manqué que quatre fois; on les a vu apparaître du 6e au 14e jour. Les taches bleues ont été observées dans trois cas seulement; deux fois il y a eu des sudamina. Enfin, les râles typhoïdes ont été constatés chez dix-neuf sujets.

Qu'on lise nos cinq observations de fièvre typhoïde compliquée de perforation intestinale (*Obs.* 25, 26, 27, 28, 29), et l'on sera frappé de la bénignité apparente des symptômes. Quel est le médecin qui, dès les premiers jours, aurait porté un pronostic fâcheux! Ces faits, au point de vue des manifestations, n'offrent-ils pas beaucoup d'analogies avec ceux dont nous venons de parler, et, de plus, ne prouvent-ils pas que la maladie, quoique légère, expose les sujets aux mêmes dangers, et qu'elle s'accompagne des mêmes lésions anatomiques que dans les cas où l'on observe les phénomènes ataxo-adynamiques les plus graves?

Si nous résumons les considérations qui précèdent,

nous établirons les conclusions suivantes : la fièvre typhoïde peut être légère et se présenter avec des caractères peu accentués ; ces cas, malgré leur expression symptomatique différente, sont de même nature que les fièvres typhoïdes malignes ; leur rapport avec ces dernières est le même que celui qui existe entre la varioloïde et la variole.

Formes et complications. — Nous n'en avons pas fini avec les variétés que la fièvre typhoïde peut présenter dans ses manifestations. Il nous reste à parler encore des *formes* et des *complications*. Expliquons d'abord leur mode de production ; nous dirons ensuite en quoi consiste leur différence.

La maladie n'est pas un être abstrait, on ne peut pas la concevoir sans un malade ; celui-ci à son tour ne vit pas isolé dans l'espace, il est sans cesse en relation avec les agents extérieurs qui peuvent amener des troubles et des modifications profondes dans le jeu de ses fonctions. *Maladie, malade* et *milieu,* tels sont les trois éléments qu'on ne doit jamais séparer et dont il faut toujours tenir compte dans la pratique médicale, soit qu'il s'agisse d'arriver à la détermination d'une affection, soit qu'on ait à s'occuper de sa thérapeutique. — La maladie peut être comparée à une graine qu'on place dans le sol : si les conditions du terrain sont favorables, et en même temps si les qualités de l'air (chaleur, humidité, etc.) ne s'y opposent pas, la graine germe et se développe : le gland devient un chêne. Mais cet arbre a toujours à subir la double influence du sol et du climat. Si aucune de ces circonstances ne lui est hostile,

il acquerra son développement normal, et l'on pourra le regarder comme le type de son espèce. Mais supposons qu'il n'y ait pas dans le terrain ou dans le milieu tous les éléments qui lui sont nécessaires, l'arbre aura à en souffrir ; il restera chétif et présentera dans son développement des modifications variables. Cependant, quelles que soient ces dernières, on reconnaîtra toujours qu'il s'agit d'un chêne.—Il en est ainsi de la fièvre typhoïde. Comme la variole et le rhumatisme, c'est une maladie toujours la même au point de vue de sa nature, toujours identique à elle-même. Sous l'influence des circonstances extérieures ou individuelles, elle peut présenter dans son expression symptomatique des modifications nombreuses. Et cependant, malgré ces apparences diverses, il est toujours possible de distinguer la physionomie propre de la fièvre typhoïde, car le fond de cette maladie reste invariable, l'enveloppe seule est modifiée.

Dès le début de cette affection, on observe un ensemble de phénomènes morbides qui annoncent une altération profonde des forces et des divers organes : ce sont des symptômes adynamiques, ataxiques, thoraciques et abdominaux. Le plus souvent ces symptômes offrent dans leur intensité un certain équilibre. Il est impossible de dire quel est parmi tous les organes celui qui est le plus profondément frappé ; mais, dans quelques cas, il y a une prédominance de l'un de ces groupes symptomatiques : c'est cette prédominance qui constitue les *formes* diverses de la fièvre typhoïde. Mais les circonstances individuelles et extérieures peuvent aussi provoquer le développement d'un autre état mor-

bide, général ou local, parfois étranger à la fièvre typhoïde : on dit alors qu'il y a *complication*. Ainsi, la notion de la forme se déduit de l'exagération de certains symptômes qui font partie constituante de l'affection; dans la complication, c'est un élément nouveau qui se surajoute à la maladie et l'influence d'une manière le plus souvent fâcheuse.

Les formes principales que revêt la fièvre typhoïde sont au nombre de quatre : ce sont les formes *ataxique*, *adynamique*, *thoracique* et *abdominale*. Nous les avons toutes observées chez nos malades, ainsi que le prouve le tableau suivant :

Forme	ataxique.................	8 fois.
—	adynamique..............	18
—	pectorale.................	15
—	abdominale...............	37

On a décrit aussi des formes *cérébrale* et *spinale* qui pourraient, à la rigueur, rentrer dans la forme ataxique, vu que, le plus souvent, il y a dans chacune d'elles absence complète de lésions anatomiques dans les centres nerveux. Quant à la forme *arthritique*, elle ne doit pas être admise. Il n'est nullement démontré que la description qu'en a tracée M. Bazin se rapporte réellement à des cas de fièvre typhoïde [1]. La lésion des follicules intestinaux paraît avoir manqué dans toutes les ouvertures de cadavres.

Dans la forme *pectorale*, on observe dès le début des râles typhoïdes très-étendus dont l'intensité im-

[1] Fritz, Étude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde. Paris, 1864, p. 12.

prime à la maladie un cachet particulier (*Obs*. 13, 16, 30 et 36). Le caractère distinctif de cette forme, c'est que les phénomènes bronchiques se présentent d'une manière précoce et plus accentuée. Normalement, ils ne se montrent qu'à une période assez avancée de la maladie. La précocité et l'intensité de ces divers râles sont quelquefois si grandes qu'ils masquent les autres symptômes propres à la fièvre typhoïde, et peuvent induire en erreur les praticiens les plus expérimentés : On a alors les fièvres typhoïdes *larvées*. Dans cette forme, la congestion ne reste pas limitée aux bronches, elle envahit le parenchyme pulmonaire, et l'on a alors ce que l'on appelle improprement une pneumonie *hypostatique*.

La forme *abdominale* n'est que l'exagération de la scène morbide qui se passe dans l'intestin. Supposons que les symptômes qui caractérisent la seconde période de la fièvre typhoïde prennent une plus grande intensité, nous aurons les principaux traits de cette forme : ainsi, la langue est rouge à la pointe et sur les bords ; elle devient sèche ; la soif est vive et ardente, la peau chaude, l'abdomen douloureux, météorisé ; il y a très-souvent de la constipation et des vomissements après l'ingestion des boissons. C'est à la forme abdominale qu'appartiennent le plus souvent les cas de fièvre typhoïde légère. Rappelons aussi que c'est surtout cette forme qui s'accompagne d'hémorrhagie intestinale et de péritonite par perforation (*Obs*. 25, 26, 27, 28).

Dans la forme *ataxique*, il y a prédominance des symptômes nerveux. Sous le nom d'ataxie, on désigne un ensemble de phénomènes qui trahissent un trouble,

une perversion dans les fonctions du système nerveux. Le professeur Broussonnet donnait à ce mot un autre sens que nous n'adoptons pas. Lorsqu'une maladie ne présentait pas une évolution régulière, lorsqu'elle offrait dans sa marche quelque chose d'étrange, ce praticien n'hésitait pas à déclarer qu'il y avait ataxie, même en l'absence de tout symptôme nerveux. — Une stupeur profonde, un délire plus ou moins violent survenant dès le début de la maladie, la carphologie, les soubresauts des tendons, les mouvements convulsifs des muscles de la face et des membres, la paralysie de la vessie et du rectum, etc., caractérisent cette forme, qui est la plus grave de toutes (*Obs.* 6, 19, 24, 33).

Dans la forme *adynamique*, on trouve une prostration extrême, la petitesse du pouls, des fuliginosités sur les dents, sur les gencives et la langue; des hémorrhagies répétées ont lieu par les muqueuses et par les divers points ulcérés; le météorisme de l'abdomen est considérable, la diarrhée est très-grande et les selles fétides. On constate des eschares au sacrum et des plaques gangréneuses, blanches ou noires, à la surface des vésicatoires; on voit apparaître des pétéchies et, quelquefois, des sueurs abondantes qui augmentent la faiblesse du malade (*Obs.* 15, 18, 20, 31, 35).

L'ataxie et l'adynamie marchent ensemble dans beaucoup de cas; lorsque ces deux groupes de symptômes prédominent à la fois, on a la forme *ataxo-adynamique;* elle se caractérise par l'association des phénomènes morbides qui sont propres à chacune des deux autres. Cette forme complexe a été constatée six

fois. On en trouvera un exemple parmi les observations que nous publions (*Obs.* 5).

Les complications de la fièvre typhoïde sont nombreuses : tantôt ce sont des états morbides généraux qui se développent en même temps que cette affection et paraissent exercer sur sa marche une certaine influence; tantôt c'est la lésion d'un organe qui se surajoute à la maladie principale, modifie sa physionomie, aggrave son pronostic et entraîne quelquefois le malade au tombeau, au moment où tout faisait espérer une terminaison heureuse.

Parmi les états morbides généraux qui peuvent compliquer la fièvre typhoïde, il en est trois sur lesquels nous appellerons l'attention d'une manière spéciale; ce sont, d'après leur ordre de fréquence, l'état *bilieux*, l'état *rémittent* et l'état *catarrhal*. L'état *inflammatoire* n'a été observé chez aucun de nos malades. Nous avons constaté :

L'état	bilieux	43 fois.
—	rémittent	11
—	catarrhal	10

Ces états morbides se traduisent par les phénomènes qui leur sont propres et que nous n'avons pas à énumérer. Ces symptômes sont quelquefois si prédominants qu'ils altèrent les caractères constitutifs de la fièvre typhoïde, et donnent à celle-ci une physionomie particulière. C'est ce qui explique pourquoi certains auteurs ont décrit des formes *inflammatoire*, *bilieuse*, *rémittente*. Les distinctions que nous avons établies entre la forme et la complication ne nous permettent pas de partager cette manière de voir.

L'élément *bilieux* est très-fréquent dans le midi de la France, en été et en automne; il résulte surtout de l'influence des chaleurs excessives de l'été et d'un régime trop excitant; il peut précéder l'invasion de la fièvre typhoïde ou se développer en même temps qu'elle. Les symptômes qui révèlent l'existence de cet état sont surtout appréciables pendant la première période; mais à mesure que la fièvre typhoïde se caractérise de plus en plus, ils deviennent moins apparents, et, pendant la troisième période, ils sont tellement dominés par les phénomènes constitutifs de la maladie principale, qu'il est souvent impossible de reconnaître les traits qui appartiennent à la complication. Mais il n'en est pas toujours ainsi; il arrive quelquefois que l'impression de l'affection compliquante est tellement énergique, que l'affection typhoïde reste au second plan. Les symptômes bilieux dominent et masquent les phénomènes morbides propres à cette dernière; ils frappent surtout l'attention du médecin et lui font méconnaître quelquefois les vrais caractères de la maladie : c'est ce qu'on observe dans le cours de certaines constitutions médicales; l'influence *saisonnière* est si grande qu'elle imprime son cachet sur toutes les maladies régnantes; mais, dès que cet élément est enlevé, on voit l'affection typhoïde se dessiner de plus en plus, poursuivre son évolution et se terminer d'une manière heureuse. On s'explique ainsi les succès des évacuants dans beaucoup de cas et surtout pendant le règne d'une constitution médicale de nature bilieuse. Mais on ne doit pas perdre de vue que ces moyens agissent contre la complication,

et qu'ils restent sans action sur l'affection typhoïde. On trouvera des exemples de cet état morbide chez quinze des malades dont nous rapportons la nécropsie (*Obs*. 2, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 25, 33 et 35) ; elle a été surtout prononcée dans trois cas (*Obs*. 7, 10 et 17).

Ces considérations peuvent s'appliquer aux autres états morbides, et surtout à l'*état rémittent*. Cet élément, endémique dans notre pays, complique presque toutes les maladies. Il s'associe fréquemment avec la fièvre typhoïde et détermine dans l'expression phénoménale de cette dernière des modifications si profondes, que la fièvre typhoïde est souvent méconnue et qu'on ne songe qu'à la fièvre rémittente. L'impression déterminée par l'élément rémittent est quelquefois si énergique, que les caractères constitutifs de la maladie principale sont un moment complètement dissimulés ; ils disparaissent même, et ne se montrent de nouveau que lorsque la complication a été combattue d'une manière efficace. La fièvre typhoïde, débarrassée de toute entrave, continue son évolution et arrive promptement à une heureuse terminaison. Ce sont là les cas qui justifient l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre qui nous occupe. Mais si, dans ces faits, l'anti-périodique est efficace, c'est en combattant l'élément rémittent. Il ne peut rien contre l'affection typhoïde elle-même. Cette complication a été constatée chez trois des sujets dont la maladie se termina par la mort (*Obs*. 11, 27 et 28).

Le groupe de symptômes qu'on a l'habitude de rattacher à l'état *catarrhal* s'est montré plus particulièrement pendant le mois de septembre. Deux fois

seulement il a paru se développer sous l'influence d'un refroidissement subi par les malades peu de jours avant l'invasion de la fièvre typhoïde. Les symptômes qui révèlent cette complication n'ont été constatés que pendant la période d'invasion ; plus tard, ils se sont effacés. Cet élément n'a pas exercé d'influence fâcheuse sur la marche de la fièvre typhoïde. Parmi les dix malades qui ont offert cet élément, deux sont morts (*Obs*. 30 et 31) ; chez tous les autres, à l'exception d'un seul, la maladie a été assez légère.

Les complications locales de la fièvre typhoïde sont nombreuses. Chez nos malades, la pneumonie et la péritonite ont été les plus communes. Nous avons observé, en outre, l'ulcération de la cornée, l'otorrhée, la diphthérite buccale, l'angine simple, la laryngite ulcéreuse, la bronchite capillaire, la pleurésie, l'hémorrhagie intestinale et la gangrène de la peau. Parmi ces complications, les unes dépendent de la fièvre typhoïde elle-même, les autres sont tout-à-fait étrangères à cette maladie. — Le tableau suivant indique la fréquence de ces états morbides locaux :

Pneumonie	7 fois.
Bronchite capillaire	1
Pleurésie	6
Péritonite	10
Diphthérite buccale	5
Angine simple	3
Laryngite ulcéreuse	2
Otorrhée	4
Eschares en divers points	13
Ulcération de la cornée	1
OEdème des extrémités	2

Nous nous occuperons seulement des complications les plus importantes.

Deux espèces de *pneumonie* peuvent se développer dans le cours de la fièvre typhoïde : l'une arrive à titre de complication, elle peut dépendre de l'influence de la constitution médicale régnante ; l'autre fait partie intégrante de la fièvre typhoïde, elle est le résultat de la congestion qui s'établit vers l'appareil respiratoire ; celle-ci mérite seule le nom de *pneumonie typhoïde*. Il convient de les distinguer. Nous verrons plus tard qu'elles diffèrent au point de vue de l'anatomie pathologique ; mais dans leur symptomatologie et dans leur marche elles présentent des caractères distinctifs.

La *pneumonie typhoïde* se développe presque toujours à la fin de la seconde période et dans le cours de la troisième, elle envahit les deux poumons et siège de préférence dans les parties les plus déclives de ces organes ; elle ne se traduit habituellement par aucun symptôme fonctionnel, l'individu ne tousse pas, il n'y a pas de douleur thoracique ni de gêne de la respiration, les crachats sont nuls ou simplement muqueux, et cependant, si l'on explore la poitrine, on constate les signes physiques de l'hépatisation. — La *pneumonie* qui survient à titre de complication se montre pendant la première période ou au commencement de la seconde. Elle ne se développe habituellement que dans un seul poumon, et elle révèle en général sa présence par les symptômes qui lui sont habituels. Le malade accuse le plus souvent du frisson, un point de côté, il tousse et expectore des crachats rouillés. Mais ce qui la distingue surtout de la précédente, c'est que cette

pneumonie, par son intensité, absorbe pour ainsi dire l'*attention* de tout le système vivant, elle trouble les mouvements synergiques et nuit à l'expression phénoménale de la fièvre typhoïde. Sous son influence, les traits caractéristiques de celle-ci s'effacent ou disparaissent; plus tard, si la résolution de l'hépatisation s'opère, la fièvre typhoïde reprend de nouveau ses allures, mais en général sa durée est plus longue.

La *péritonite* est le plus souvent la conséquence d'une perforation intestinale. Celle-ci survient à une époque variable de la maladie, et s'annonce brusquement par tous les signes d'une péritonite suraiguë : chez deux de nos malades, elle a été précédée d'hémorrhagie intestinale. La mort survient en général rapidement après le début de cet accident. Chez trois malades elle a eu lieu après quarante-huit heures; chez un cinquième, la péritonite a persisté pendant quatre jours. Cette complication apparaît de préférence dans les cas légers en apparence. Chez nos cinq malades, la fièvre typhoïde avait offert des symptômes peu accentués (*Obs.* 25, 26, 27, 28 et 29).

La péritonite peut se manifester indépendamment de toute perforation. M. le Dr Thirial[1], M. H. Bourdon[2], M. Gauchet[3] ont appelé l'attention sur ce point. D'après ces auteurs, elle surviendrait spontanément, au même titre que d'autres phlegmasies, la pneumonie, la pleurésie, l'érysipèle, etc.; mais dans d'autres cas la péritonite paraît se développer par continuité de tissu, par

[1] Thirial, Union méd., juillet 1853.
[2] Bourdon, *idem*, 1856, No 67.
[3] Gauchet, *idem*, 1857, Nos 8 et 10.

propagation de l'inflammation au niveau d'une ulcération intestinale. Nous en avons observé un exemple remarquable chez une jeune fille ; la péritonite se déclara le 39e jour, et la mort n'eut lieu que sept jours après le début de cette complication (*Obs.* 30).

Lorsque des symptômes de péritonite éclatent dans le cours d'une fièvre typhoïde, peut-on dire du vivant du malade s'il y a perforation intestinale? Cet accident n'ayant aucun signe vraiment pathognomonique, il est impossible de résoudre cette question. En présence de cette incertitude, on doit se demander si les cas cités comme des exemples de perforation guérie ne se rapporteraient pas plutôt à des observations de péritonite simple, c'est-à-dire sans solution de continuité de l'intestin.

La *laryngite typhoïde* se montre pendant le cours du deuxième ou du troisième septénaire, mais souvent elle ne s'observe que pendant la convalescence ; elle est tantôt *ulcéreuse* et tantôt *nécrosique ;* quelquefois elle ne s'annonce par aucun symptôme, dans d'autres cas il survient des accidents plus ou moins graves, tels que : un peu de raucité de la voix, de l'aphonie, un peu de toux, de la dyspnée, de la dysphagie, et même des accès de suffocation, si le larynx est rétréci par des abcès sous-muqueux, ou s'il se développe un œdème des replis aryténo-épiglottiques. Chez l'un de nos malades (*Obs.* 35), il y eut de la dysphagie et des signes d'une suffocation imminente ; on pratiqua la trachéotomie, mais la mort eut lieu vingt-quatre heures après; chez un autre (*Obs.* 36) on constata l'aphonie.

Lésions anatomiques. — Ce n'est pas seulement dans ses causes et dans son mode d'évolution que l'on trouve des preuves de l'existence de la fièvre typhoïde comme entité morbide, l'étude des désordres organiques nous en fournit aussi : c'est ce que nous démontrons dans la partie anatomique de notre travail. Nous voulions tout d'abord nous abstenir de parler ici des lésions ; mais, comme il en est question en thérapeutique, comme elles deviennent parfois la source d'indications majeures, nous avons cru nécessaire de les résumer en quelques mots.

Dans la fièvre typhoïde, il n'y a pas qu'un seul organe qui soit malade ; tous le sont ou peuvent l'être. Mais parmi ces altérations multiples il en est quelques-unes qui paraissent avoir une importance plus grande que les autres. Au premier rang on doit placer la lésion des intestins et principalement de l'intestin grêle. On rencontre dans ces organes une altération particulière qui réside dans les follicules clos agminés ou isolés, et qui consiste dans leur épaississement et surtout dans leur ulcération. Cette lésion, par sa constance, par ses degrés et par son siége spécial, fait partie intégrante de la fièvre typhoïde et contribue à la caractériser. — Les ganglions mésentériques correspondants sont rouges et tuméfiés, et cette altération a la même importance que celle de l'intestin. — Après les lésions que nous venons de signaler, on doit placer, au point de vue de la fréquence, l'engorgement et le ramollissement de la rate. — Les altérations des autres viscères ont beaucoup moins d'importance, surtout si on les considère isolément. Du côté des organes tho-

raciques, on trouve les bronches hypérémiées, les poumons fortement congestionnés, ramollis, splénisés. Dans la cavité crânienne, on observe l'injection des méninges, l'épanchement de sérosité dans le tissu sous-arachnoïdien et dans les ventricules du cerveau, le pointillé rouge de la substance cérébrale.

Spéciale au point de vue de ses causes et de son immunité, spéciale au point de vue de ses symptômes et de sa marche, la fièvre typhoïde est également spéciale au point de vue de ses lésions anatomiques. Ainsi se complète cette trilogie de causes, de symptômes et de lésions qui constitue cet état morbide que nous appelons *fièvre typhoïde*.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de la fièvre typhoïde n'est pas aisé lorsqu'on est appelé auprès d'un malade qui ne présente encore que les premiers linéaments de cette fièvre. Il importe alors d'être circonspect et de ne pas se hâter d'émettre son opinion. Avant de prononcer le nom de cette terrible affection qui est la désolation des familles, le praticien doit être bien sûr de son diagnostic.

La fièvre typhoïde n'a pas de symptômes pathognomoniques, mais elle présente un ensemble de signes qu'on ne trouve que dans cette maladie. Quelques médecins se servent d'un stratagème classique pour battre en brèche la fièvre typhoïde ; ils prennent un à un chaque symptôme, et ils objectent qu'ils n'ont aucune valeur, vu qu'on peut les trouver dans beaucoup de maladies [1] : ainsi, ils examinent successivement la

[1] Cauvy, De la non-existence de la fièvre typhoïde; thèse 1856.

diarrhée, le gargouillement, les épistaxis, les taches rosées lenticulaires, le délire, etc., et ils prétendent qu'aucun de ces symptômes ne peut servir à caractériser la fièvre typhoïde, parce que, disent-ils, ils se rencontrent dans les états morbides les plus divers. Mais il n'est pas de maladie qui pût résister à un pareil argument. Raisonner ainsi, disait M. le docteur Barre, c'est substituer le sophisme à la saine logique. A ce compte, on pourrait faire table rase de toute la nosologie, car, d'une manière absolue, il n'existe aucun symptôme pathognomonique : *unum signum, nullum signum*. C'est de l'ensemble des symptômes, et non de l'absence ou de la présence de quelques-uns d'entre eux pris isolément, qu'on doit déduire le diagnostic.

Si un malade se présente avec la stupeur, l'épistaxis, la titubation, la diarrhée, le gargouillement, la fièvre, il est probable qu'il aura une fièvre typhoïde. S'il est jeune, nouvellement arrivé dans le pays, cette probabilité deviendra plus grande encore; mais elle se changera en certitude si, à la fin du premier septénaire, il survient une éruption de taches rosées lenticulaires, des râles sibilants et sonores, sans toux, sans embarras de la respiration. Le mode de coordination et l'évolution des symptômes ajoute un élément de plus au diagnostic. La fièvre typhoïde a une marche fatale, inabréviable; on ne peut pas l'enrayer. Si donc la maladie se prolonge, si elle dure plus d'un septénaire, on peut être sûr qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde. Ainsi, le diagnostic n'est que probable pendant la première période; il devient certain si le mouvement fébrile ne se juge pas après le premier septénaire et s'il survient des taches rosées.

La fièvre typhoïde, surtout pendant la première période, est confondue souvent avec d'autres maladies. Il importe de bien connaître les principaux caractères qui, dans les cas douteux, peuvent éclairer le diagnostic et permettre d'éviter toute erreur.

Les états morbides qui quelquefois en imposent pour une fièvre typhoïde, sont *généraux* ou *locaux*. Parmi les états morbides *généraux*, nous devons mentionner principalement les *fièvres éruptives* en général, et la *variole* en particulier, la *fièvre rémittente* et la *fièvre bilieuse*.

La *variole* s'accompagne quelquefois dans la période d'invasion, de prostration, de délire, de stupeur, d'épistaxis, de brisement dans les membres, et d'un mouvement fébrile très-intense. Dans les circonstances de ce genre, le diagnostic présente certaines difficultés, et celles-ci sont d'autant plus grandes que ces phénomènes peuvent durer plusieurs jours, et qu'ils ressemblent à ceux de la première période de la fièvre typhoïde. Toutefois, dans la variole, on trouve en général de la céphalalgie, de l'épigastralgie et de la rachialgie. Ces trois symptômes, auxquels on doit ajouter le mouvement fébrile, servent à caractériser la période d'invasion de cette maladie; mais ils peuvent appartenir aussi à la fièvre typhoïde. D'ailleurs, on doit remarquer que, dans celle-ci, on a de la diarrhée et du gargouillement. Cependant on observe parfois de la diarrhée au début de la variole, et, par contre, on voit des malades atteints de fièvre typhoïde qui présentent de la constipation et qui n'ont pas de gargouillement. Enfin, les taches dans la variole peuvent à leur début

en imposer, et faire croire à une éruption de taches rosées lenticulaires. Il n'y a donc pas de cas où la sagacité du médecin soit plus en défaut que dans le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives, et en particulier de la variole. La période d'invasion fournit quelques données utiles : dans les fièvres éruptives, celle-ci est courte et violente; dans la fièvre typhoïde, elle est en général précédée de prodromes. L'étude de l'âge du malade et de la constitution médicale ne doit jamais être négligée; elle contribue très-souvent à éclairer le diagnostic.

En résumé, dans la variole la fièvre d'invasion est de courte durée; il y a de la céphalalgie, de la cardialgie, de la rachialgie, et la constipation est la règle. Dans la fièvre typhoïde il existe de la diarrhée, du gargouillement, et ordinairement quelques prodromes.

Malgré ces caractères distinctifs, la confusion est très-souvent possible. Nous avons observé un cas de varioloïde dont la période d'invasion s'accompagna de symptômes très-intenses qui firent croire à une fièvre typhoïde. L'erreur fut d'autant plus facile, que dans ce moment même un grand nombre de malades étaient atteints de cette dernière affection. Voici le fait :

OBSERVATION III.

Varioloïde simulant une fièvre typhoïde pendant la période d'invasion.

Un cultivateur, âgé de 22 ans, atteint de blennorrhagie, était soigné à l'hôpital Saint-Éloi. Le 9 septembre 1860, il demande son *exeat* bien qu'il ne soit pas complètement guéri; mais trois jours après, il éprouve des accès de fièvre intermittente à type tierce qui l'obligent à entrer de nouveau à l'hôpital dix jours après en être

sorti. Il est placé dans le service de la clinique médicale (salle Saint-Vincent, n° 42). Les accès fébriles se montrent tous les deux jours, on donne le sulfate de quinine, et dès le 22 septembre la fièvre disparaît; mais il reste un peu d'engorgement splénique. — Le 3 octobre, se trouvant encore dans les salles de la clinique, ce malade éprouve sans cause appréciable un brisement général, de la fatigue et de la céphalalgie; en même temps la peau est très-brûlante et le pouls très-fréquent (100); déjà, le matin, le malade avait saigné du nez et il avait eu une selle liquide. Dans la nuit, il y a de l'agitation, des rêvasseries et des épistaxis. — Le second jour, le malaise persiste, la fièvre est intense (100); on constate de l'affaissement, du bourdonnement dans les oreilles et deux selles liquides. — Le troisième jour, la céphalalgie cesse, le malade accuse une douleur lombaire, le ventre est tendu, douloureux à la pression, il y a eu encore deux selles liquides et des épistaxis; le pouls est toujours très-fréquent (108). — Le quatrième jour, tous les symptômes alarmants avaient disparu, il n'y avait plus de fièvre, le pouls était à 75; la douleur lombaire était moindre, et l'on constatait sur les cuisses quelques papules rouges, saillantes. — Le cinquième jour, la face et les bras offraient un certain nombre de taches rouges, le pouls était descendu à 60; les jours suivants, la varioloïde se caractérisa beaucoup mieux, l'éruption fut très-discrète, il n'y eut pas de fièvre. Le 11e jour, le malade était complètement guéri.

Comme à cette époque il y avait dans les salles de la clinique un grand nombre de sujets atteints de fièvre typhoïde, on crut à l'invasion de cet état morbide. On se demanda même s'il n'y aurait pas là un exemple de fièvre typhoïde due à la contagion; la maladie paraissait, en effet, avoir été contractée dans les salles. Aussi fut-on étrangement surpris en voyant le lendemain la fièvre disparaître et une éruption de varioloïde très-discrète se montrer. Mais quel est le praticien qui n'aurait pas été induit en erreur par une symptomato-

logie si accentuée pendant trois jours? Un mouvement fébrile aussi intense, des épistaxis répétées, l'affaissement du malade, la diarrhée, les rêvasseries, les bourdonnements des oreilles ne semblaient-ils pas militer en faveur d'une fièvre typhoïde? D'ailleurs, n'était-il pas plus naturel de songer à cette dernière maladie, en voyant ce qui se passait dans les salles, que de prédire une fièvre éruptive aussi discrète? Il n'y avait que la douleur lombaire qui pût éveiller les soupçons.

La *rougeole* peut simuler parfaitement une fièvre typhoïde pendant la période d'invasion. Au mois de mai 1862, nous avons observé à l'Hôpital-Général un fait qui démontre combien cette confusion est aisée. Un jeune garçon, âgé de 15 ans, présentait depuis deux jours tous les prodromes de la fièvre typhoïde, tels que des épistaxis, la stupeur, des râles sibilants dans la poitrine, du gargouillement dans la fosse iliaque droite et une fièvre intense. A cette époque, il régnait en ville et dans les salles de l'hôpital une épidémie de rougeole; cependant le malade n'avait eu encore ni larmoiement ni toux. M. le professeur Combal nous fit remarquer que le diagnostic à ce moment-là était à peu près impossible. Trois hypothèses furent émises: on se demanda s'il y aurait une fièvre typhoïde, une rougeole ou une fièvre rémittente. L'observation ultérieure n'ayant pas révélé d'exacerbation, on abandonna cette dernière supposition. En outre, l'âge du jeune malade et l'absence de toute éruption, même au quatrième jour, firent regarder l'idée d'une fièvre éruptive comme la moins probable; on pensa donc qu'il

s'agissait plutôt d'une fièvre typhoïde. Mais le cinquième jour, une éruption de rougeole vint lever tous les doutes, et dès ce moment tous les phénomènes fébriles s'amendèrent. Dans ce fait, les symptômes qui auraient pu faire prévoir l'invasion de cette maladie firent défaut. La constitution médicale régnante avait seule fourni quelques soupçons.

Les fièvres *pernicieuses* et les fièvres *rémittentes graves* peuvent en imposer pour une fièvre typhoïde. Dans ces cas, le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile à établir; aussi la réserve du médecin ne saurait être trop grande. En effet, dans l'une et dans l'autre maladie les symptômes sont généraux, et, de plus, les fièvres pernicieuses s'accompagnent de phénomènes du côté de la tête, de la poitrine ou du ventre. Elles peuvent même présenter au début de la stupeur, de la prostration, de la céphalalgie, de la diarrhée, de la toux et des symptômes de congestion vers la poitrine. — Il semble cependant que, dans les deux cas, les causes étant différentes, on doit trouver dans l'étiologie une donnée précieuse pour le diagnostic; il n'en est rien bien souvent. Ne peut-on pas être appelé à traiter une fièvre typhoïde dans un pays marécageux? Et alors à quoi sert la considération fournie par l'influence étiologique? On a donc là un indice plutôt qu'une preuve. — En outre, dans les fièvres pernicieuses ou rémittentes graves, il y a rarement des prodromes; comme dans les fièvres éruptives, l'invasion est plus brusque, tandis qu'ordinairement il y a des phénomènes prodromiques dans la fièvre typhoïde.

Le diagnostic est plus difficile encore lorsqu'on exa-

mine les exacerbations. On sait que les fièvres rémittentes débutent souvent sous le type continu, ce n'est que plus tard qu'elles deviennent rémittentes ; quelquefois même elles affectent tout le temps de leur durée le type continu ; elles ont alors un mode d'évolution qui les rapproche de la fièvre typhoïde. Dans ces cas, on trouve une fièvre continue avec exacerbations irrégulières, s'accompagnant de stupeur, de prostration, de délire, de tension et de météorisme du ventre, de rougeur et de sècheresse de la langue. Il ne manque au diagnostic que les taches rosées lenticulaires, l'épistaxis, la diarrhée et le gargouillement iléo-cœcal. Mais quelques-uns de ces derniers symptômes peuvent faire défaut dans la fièvre typhoïde et se rencontrer dans les fièvres rémittentes. Certainement, l'apparition des taches rosées viendrait trancher la question ; or, comme elles ne se montrent qu'à la fin du premier septénaire, on n'a pas toujours le temps de les attendre pour se prononcer.

Il faut donc convenir que le diagnostic différentiel de ces deux fièvres est quelquefois très-difficile ; il n'y a souvent que des probabilités à acquérir, et celles-ci se tirent surtout de la constitution médicale régnante et de la maladie qui prédomine à cette époque. Mais cette considération est encore très-fragile, on ne peut pas trop s'appuyer sur elle ; aussi arrive-t-il souvent que l'on confond ces deux fièvres et que l'on donne inutilement le sulfate de quinine. On trouvera dans la marche de la maladie et dans le mode d'action du médicament employé des données plus précieuses. — Un malade présente depuis quelques jours un mouvement

fébrile assez intense, sans localisation qui puisse l'expliquer ; on constate en même temps une légère exacerbation, on croit aussitôt à l'existence d'une fièvre rémittente, et l'on s'empresse d'avoir recours à l'emploi de l'anti-périodique. Mais c'est en vain que l'on administre ce médicament; l'exacerbation continue à se montrer, le mal poursuit sa marche, et bientôt on voit apparaître les taches rosées lenticulaires, les râles sibilants, le délire, etc. Alors il n'y a plus de doute, il s'agit d'une fièvre typhoïde et non d'une fièvre rémittente. Il nous serait facile de citer des faits assez nombreux où la confusion n'a pu être évitée.

Mais toute la difficulté n'est pas là ; il est des cas où le diagnostic est encore moins aisé. Ces deux affections peuvent s'associer, se compliquer: c'est ce que nous avons constaté onze fois. On doit se demander à quels signes on reconnaîtra cette complication : dans ces cas, la coexistence des phénomènes propres aux deux maladies, la marche du mal, et surtout l'action de l'anti-périodique, seront les meilleurs guides.

Supposons que le malade que l'on observe présente quelques-uns des symptômes de la fièvre typhoïde et en même temps des exacerbations : on soupçonne une fièvre rémittente, et l'on donne le sulfate de quinine ; l'exacerbation n'a plus lieu ; le malade est complètement guéri ; on doit conclure qu'il était atteint d'une fièvre rémittente. —Mais si, concurremment, il existe des épistaxis, de la diarrhée, des taches rosées lenticulaires, et si, après la cessation des exacerbations, ces symptômes persistent, il n'y a plus de doute; il faut admettre la coexistence d'une fièvre typhoïde

et d'une fièvre rémittente. Cependant, dans ces cas, il convient d'apporter la plus grande réserve dans le diagnostic.

Suffit-il que l'on constate une exacerbation dans le cours de la fièvre typhoïde, pour croire à une complication rémittente et recourir immédiatement à l'emploi de l'anti-périodique? Nullement. La fièvre qui accompagne l'affection typhoïde est, de sa nature, continue rémittente. Combien de fois, en effet, n'observe-t-on pas une exacerbation le soir et une rémission plus ou moins marquée le matin! On se demande alors s'il existe un élément rémittent et si l'on doit prescrire le sulfate de quinine. Avant de donner cet agent, il importe de savoir si cette exacerbation dépend réellement de l'affection typhoïde elle-même ou d'une complication. — En général, lorsque l'exacerbation se lie à une affection paludéenne, elle est régulière; elle se montre d'une manière périodique, et elle se compose le plus souvent des trois stades qui caractérisent les accès de fièvre. Si, dans ces cas, on voit survenir pendant l'exacerbation des symptômes nouveaux, insolites, étrangers à la maladie, on a alors une preuve de plus en faveur d'une complication rémittente. Dans ces cas, l'indication du quinquina est aisée à trouver, et son action est habituellement certaine.

Mais le diagnostic n'est pas toujours aussi facile. Quelquefois, dans le courant d'une fièvre typhoïde ou à son début, on constate des exacerbations assez régulières, caractérisées par les trois stades (frisson, chaleur et sueur); on donne le sulfate de quinine, l'exacerbation diminue, disparaît même. On continue

l'emploi de ce moyen afin de consolider la guérison; mais, contre toute prévision, l'exacerbation reparaît, elle devient plus forte, plus longue et quelquefois plus fréquente. Il est évident qu'alors il ne s'agit nullement d'une complication rémittente et qu'il faut se hâter de suspendre l'anti-périodique.

Un autre cas peut se présenter: il peut arriver que les exacerbations, tout en restant parfaitement caractéristiques sous le rapport des trois stades, ne soient pas régulières, périodiques. On cherche à les régulariser par le quinquina, mais on échoue; l'exacerbation se montre de nouveau. Si, malgré cela, on persiste dans l'emploi du médicament, même sans en augmenter la dose, les accès se répètent et la maladie s'aggrave. En général, quand les exacerbations n'offrent aucune régularité, on ne doit pas donner l'anti-périodique.

La fièvre typhoïde peut être confondue avec la fièvre *bilieuse*. Cette confusion est d'autant plus facile, que celle-ci, lorsqu'elle est un peu intense, s'accompagne assez souvent de stupeur, et parfois de diarrhée, de nausées, d'amertume à la bouche, etc.: ce sont là, on le sait, tout autant de symptômes qui se rencontrent également au début de la fièvre typhoïde. Il ne faut donc pas se hâter de se prononcer. Il est cependant quelques signes qui pourront jeter un peu de lumière sur le diagnostic. Ainsi, dans la fièvre bilieuse, la prostration est moindre; il manque le plus souvent les taches rosées, le gargouillement, les râles typhoïdes, les épistaxis; mais le meilleur de tous les signes, celui qui lève tous les doutes, se tire du mode

d'évolution. Si la maladie se termine heureusement en quelques jours, à la fin du premier septénaire, on doit conclure qu'il n'y a pas eu fièvre typhoïde. Mais si elle continue sa marche, si elle s'accompagne en même temps des symptômes particuliers à la fièvre typhoïde, il n'y a plus de doute : c'est de cette maladie qu'il s'agit.

Les états morbides locaux que l'on peut le plus facilement confondre avec la fièvre typhoïde, sont la *méningite*, la *gastro-entérite*, la *tuberculisation pulmonaire aiguë*.

Dans la *méningite*, les symptômes se rattachent presque exclusivement au système nerveux ; dans la fièvre typhoïde, au contraire, ils ont leur point de départ dans tous les organes ; ils émanent à la fois des trois cavités splanchniques, mais principalement du tube digestif.

Si les deux maladies ont des symptômes communs. on voit cependant des caractères particuliers qui ne permettent pas de se méprendre. Et d'abord, le délire et la céphalalgie présentent une certaine différence dans les deux cas. Le délire qui caractérise la fièvre typhoïde n'est pas violent au début, il est doux, calme, le plus souvent nocturne ; il en est ainsi le plus souvent, à moins que cette affection n'ait revêtu, dès le principe, la forme ataxique ; la céphalalgie est gravative ; celle-ci est plus intense, plus fixe dans la méningite, et le délire est plus violent.—Il est à remarquer aussi que les phénomènes cérébraux (céphalalgie exceptée) n'apparaissent pas au début dans la pre-

mière de ces maladies ; le contraire a lieu dans l'inflammation des méninges. — Dans celle-ci, d'ailleurs, le pouls est moins fréquent, la peau moins chaude et moins sèche que dans la fièvre typhoïde ; la langue est normale ; il y a le plus souvent des vomissements, une constipation opiniâtre et la rétraction de l'abdomen ; on ne constate pas de gargouillement, ni de diarrhée, ni de météorisme ; les taches rosées lenticulaires et les râles typhoïdes font défaut ; mais on observe des fourmillements dans les jambes, des mouvements convulsifs, des contractures, etc.

Pendant le mois d'avril 1861, nous observâmes, dans les salles de la clinique médicale, un cas de méningite que de prime-abord on aurait pu prendre pour une fièvre typhoïde. Ce malade présentait quelques-uns des symptômes propres à cette dernière maladie. Il y avait des épistaxis, de la stupeur, des rêvasseries, de l'affaissement, des vertiges, de la céphalalgie, du délire, un peu de tension abdominale et de la douleur. De plus, l'individu était jeune et nouvellement arrivé à Montpellier. Mais l'absence des taches rosées, du gargouillement, de la diarrhée et de la fièvre (le pouls ne dépassa jamais 70 pulsations), ne permit pas de douter du diagnostic qui fut porté et que l'autopsie confirma, d'ailleurs, le 22e jour.

D'après toutes les différences que nous avons signalées, il semble difficile de confondre ces deux maladies ; cependant des praticiens très-distingués ont pu s'y tromper. C'est qu'il existe des cas où l'erreur est très-possible. Ce sont surtout ceux de méningite tuberculeuse. En effet, il y a dans celle-ci, comme dans

la fièvre typhoïde, des prodromes qui peuvent durer de quinze à vingt jours. On cite pourtant quelques phénomènes distinctifs : ainsi, dans la méningite tuberculeuse, il y a presque toujours constipation; la langue et les voies digestives ne participent pas à la maladie, et il n'y a rien du côté de la poitrine. Mais les difficultés deviennent très-grandes lorsque la méningite s'accompagne de tuberculisation pulmonaire et de symptômes abdominaux ; dans ces cas douteux, il faut tenir compte de l'âge du sujet et se rappeler que la méningite est aussi fréquente chez les enfants qu'elle est rare chez les adultes. La marche du mal, l'étude des antécédents et la constitution médicale régnante, pourront quelquefois fournir des données très-précieuses pour le diagnostic. On ne devra jamais négliger de les invoquer.

La *gastro-entérite* offre avec la fièvre typhoïde certaines analogies qui peuvent, dans quelques cas, induire en erreur.

On voit quelquefois des malades présenter de la prostration, de la stupeur, du délire, une céphalalgie intense ; le pouls est très-fréquent, la peau sèche et brûlante, la langue très-rouge ; en même temps on trouve une constipation opiniâtre et des vomissements. On pourrait tout d'abord penser à une fièvre typhoïde ; mais l'absence de la diarrhée, des taches rosées lenticulaires, du gargouillement, des râles typhoïdes, témoigne plutôt en faveur d'une gastro-entérite.

Singulier revirement des idées ! A l'époque où le système de Broussais était en honneur, on ne voyait partout que des gastro-entérites; aujourd'hui on exagère

en sens contraire et on n'entend plus parler d'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale. Cependant c'est aller au-delà de l'observation : la gastro-entérite est rare, mais c'est à tort qu'on veut nier son existence.

En résumé : constipation opiniâtre, quelle que soit la gravité de la maladie ; absence des taches rosées, des râles typhoïdes, du gargouillement iléo-cœcal ; apparition plus tardive des phénomènes ataxiques, défaut de tolérance pour les aliments : tels sont les principaux signes qui permettront d'éviter toute confusion.

La *phthisie aiguë* se présente sous trois formes principales : la forme *typhoïde*, la forme *catarrhale* et la forme *latente* [1]. La première forme peut être confondue avec une fièvre typhoïde ; elle se caractérise par un mouvement fébrile prononcé, l'injection de la face, l'hébétude, un subdélirium et plus tard du délire ; elle s'accompagne aussi de soubresauts dans les tendons, de râles sibilants, sonores et sous-crépitants étendus le plus souvent à tout le poumon. Une telle symptomatologie ressemble beaucoup à celle de la fièvre typhoïde et rend la confusion très-facile ; toutefois, la phthisie aiguë diffère de celle-ci par l'absence des phénomènes abdominaux, des épistaxis et surtout de l'éruption de taches rosées lenticulaires.

Nous avons observé deux cas de tuberculisation pulmonaire aiguë qui furent pris pour une fièvre typhoïde. Chez le premier malade (*Obs*. 37), qui était jeune, il y eut une fièvre intense, de la stupeur, de

[1] Leudet, Thèse de Paris, 1851.

l'affaissement, des épistaxis, de la diarrhée, des râles sibilants et sous-crépitants. Chez le second (*Obs*. 38), on constata également beaucoup de fièvre, de l'affaissement, une rougeur très-intense de la langue, de la diarrhée, et, dans les derniers jours, une douleur à la pression dans la région iléo-cœcale droite. Chez ces deux sujets, il manquait cependant les taches rosées lenticulaires, le gargouillement et le météorisme.

On voit qu'il est quelquefois difficile, pendant la période d'invasion, de distinguer une fièvre typhoïde de certaines autres maladies. L'embarras est souvent très-grand, car on trouve dans les unes et dans les autres un groupe de symptômes communs à ces diverses maladies et coïncidant toujours avec une fièvre intense. Dans les cas douteux, la marche de la maladie permettra surtout de trancher la question. Comme conclusion, nous émettons la proposition suivante, qui sera rarement démentie : à Montpellier, dans le cours accoutumé de notre état sanitaire, lorsqu'une fièvre persiste au-delà du huitième jour, sans localisation qui puisse l'expliquer, on doit songer à une fièvre typhoïde ou à une fièvre rémittente ; mais si, à cette époque, il survient des taches rosées, des râles sibilants, de la diarrhée, du météorisme abdominal, on doit conclure à l'existence d'une fièvre typhoïde.

En étudiant le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde avec les autres maladies, nous nous sommes abstenu de parler de certaines fièvres ; ce n'est pas sans intention.

Il est démontré aujourd'hui que toutes les maladies fébriles étudiées autrefois sous les noms de fièvres *adynamique*, *ataxique*, *muqueuse*, rentrent dans la fièvre typhoïde. Ces diverses affections présentent les symptômes de cette dernière et surtout s'accompagnent des mêmes lésions intestinales. D'ailleurs, il est une chose qui nous a singulièrement frappé : pendant huit années consécutives, nous avons vu un très-grand nombre de fièvres typhoïdes ; nous n'avons jamais rencontré les autres fièvres dont nous parlons. Chez un malade que nous avons observé l'année dernière, et qui présentait ce qu'on appelait autrefois une fièvre ataxique, on constata à l'autopsie une pneumonie siégeant d'un seul côté et passée à l'état d'hépatisation grise. Pour nous, ce n'était pas une fièvre typhoïde (les taches rosées lenticulaires et les symptômes abdominaux manquaient), mais c'était une pneumonie s'accompagnant d'un groupe de symptômes appelés *état ataxique* et survenus chez un homme qui abusait des boissons alcooliques.

Mais en supposant que de pareilles fièvres eussent une existence propre, il faut avouer que de nos jours elles sont bien rares ; d'ailleurs, leur thérapeutique différant peu de celle de la fièvre typhoïde, il n'y aurait aucun danger pour le malade à commettre une telle erreur.

Quant aux fièvres *inflammatoire*, *catarrhale*, *gastrique*, elles se distinguent essentiellement de la fièvre typhoïde ; elles se développent dans des circonstances particulières : ainsi, pour elles, nous n'avons pas les conditions d'âge et d'acclimatement qui caractérisent

l'étiologie de la fièvre typhoïde ; elles ont des symptômes particuliers et une durée éphémère ; elles se jugent ordinairement dans le premier septénaire ; d'ailleurs, ces fièvres restent peu de temps sans se localiser. — A peine écloses, elles s'accompagnent de lésions locales qu'elles dominent ; on voit survenir promptement une angine, une bronchite, une pneumonie, une pleurésie, etc. La fièvre typhoïde, au contraire, agit pendant toute sa durée sur l'économie entière : son influence se traduit, sur la tête, par le délire, la céphalalgie, les bourdonnements d'oreilles ; sur la poitrine, par les râles sibilants ; sur l'abdomen et les voies digestives, par la rougeur, la sècheresse de la langue et l'enduit qui la recouvre, par le gargouillement et la sensibilité de la fosse iliaque droite.—D'ailleurs, au point de vue thérapeutique, les différences sont grandes ; ces fièvres peuvent être enrayées. Dans la fièvre typhoïde, le traitement consiste à simplifier la maladie ; mais on ne peut jamais en abréger la durée.

Pronostic. — Le médecin ne saurait apporter trop de circonspection lorsqu'il s'agit de formuler le *pronostic* de la fièvre typhoïde. Celui-ci exige la même réserve que le diagnostic. Avertir les parents que la maladie sera longue ; leur dire qu'elle passera par des phases diverses dont on pourra même leur tracer les principaux traits, afin qu'ils soient prêts à tout évènement : telle est la première règle à laquelle le médecin ne doit pas manquer. Il doit le faire, disait M. le docteur Barre, autant pour l'honneur de la médecine que pour la sécurité des parents.

Le pronostic de la fièvre typhoïde doit toujours être réservé, même dans les cas les plus simples. La fièvre typhoïde la plus légère au début peut revêtir tout-à-coup un caractère très-sérieux. On sait que c'est le plus souvent dans les fièvres typhoïdes légères que surviennent les complications les plus graves, telles que l'hémorrhagie intestinale, la perforation, etc. Cependant le pronostic n'est pas toujours fâcheux; les cas les plus graves peuvent se terminer heureusement.

Si le pronostic est souvent sérieux, ce n'est pas seulement sous le rapport des accidents, mais encore au point de vue de la fièvre typhoïde considérée en elle-même. L'intensité des symptômes, la durée de la maladie, la nature de la forme et des complications peuvent modifier le pronostic à l'infini.

Mais, en dehors de ces considérations, on doit tenir compte aussi du caractère de l'épidémie régnante et des circonstances propres au sujet. Il est inutile de démontrer que, suivant le génie d'une constitution épidémique, la mortalité de la fièvre typhoïde varie beaucoup.

Le pronostic de la fièvre typhoïde n'est pas absolument fâcheux, malgré la gravité de la maladie dans quelques cas. Quelle peut en être la cause? Cela tient, disait M. Barre, à deux circonstances : à la nature même de la maladie et aux conditions du sujet.

La fièvre typhoïde n'est pas une maladie à tendance nécessairement perverse, qui tue fatalement, comme la rage, la pustule maligne ou les accès pernicieux. Lorsque l'art n'intervient pas, elle se juge par la succession naturelle de ses périodes; elle a, comme la

variole, un commencement, un milieu et une fin. Rien ne peut empêcher ces trois périodes de s'établir; on peut les troubler, mais jamais on n'en empêchera le développement. C'est cette tendance de la fièvre typhoïde à se juger dans ses périodes successives qui fait qu'elle guérit, malgré les traitements les plus divers, malgré les entreprises les plus téméraires pour en arrêter le cours.

Nous avons vu que les individus les plus aptes à contracter la maladie sont les jeunes gens, c'est-à-dire ceux qui ont encore peu dépensé du capital de la vie et qui pourraient par conséquent lutter avec avantage contre le mal. Mais on a remarqué aussi que les constitutions les plus fortes étaient celles qui paraissaient résister le moins. Au contraire, on voit d'autres malades qui avec une constitution faible luttent avec un bonheur inespéré. C'est le cas de reconnaître avec Fouquier les avantages d'une constitution faible. Ainsi, les constitutions fortes sont plus gravement ravagées que les faibles. C'est l'histoire du chêne et du roseau: *le chêne rompt, le roseau plie.* — Toutefois, il importe de noter que les avantages dont peuvent jouir sous ce rapport les constitutions faibles ne s'appliquent guère qu'aux constitutions primitivement faibles et nullement à celles qui sont délabrées par les excès. On sait, en effet, que les excès dans le travail, dans les plaisirs vénériens, prédisposent à la fièvre typhoïde.

Traitement.—C'est le propre de certaines maladies d'avoir quelque chose de déterminé dans leur marche

et de se juger par la succession naturelle de leurs périodes. Les fièvres éruptives présentent ce caractère au plus haut degré. Quoi qu'on fasse, on ne peut jamais abréger leur durée. Toute l'habileté du praticien consiste à reconnaître les tendances heureuses de la nature et à mettre celle-ci dans les conditions les plus favorables à la solution de la maladie ; il en est de même, avons-nous dit, de la fièvre typhoïde. Il est depuis longtemps démontré que cette affection est inabréviable dans sa marche. Une fois déclarée, elle parcourt fatalement ses périodes, malgré l'emploi des moyens thérapeutiques les plus actifs et les plus rationnels. Ici, nous ne possédons ni un moyen prophylactique puissant comme le vaccin dans la variole, ni un spécifique comme le quinquina dans les fièvres pernicieuses. Comme dans les affections inconnues pour lesquelles nous n'avons pas de thérapeutique radicale, nous fondons nos espérances sur les efforts de la nature, trop heureux quand ils ne font pas défaut et que nous pouvons en profiter.

Il n'y a donc qu'à simplifier la maladie, à surveiller sa marche, à faire, en un mot, de l'expectation. C'est là la méthode à laquelle la plupart des praticiens se rattachent aujourd'hui ; c'est celle que nous avons vu appliquer par nos Maîtres, et que nous adoptons nous-même ; l'observation confirme de plus en plus ses avantages.

Mais cette méthode n'est pas complètement inactive. Le praticien, tout en surveillant les actes de la nature, doit agir toutes les fois que celle-ci est gênée dans ses tendances, soit par l'intensité des actes morbides inhérents à la maladie elle-même, soit par suite de l'exis-

tence d'une complication générale ou locale. Ainsi, chercher à mettre le système vivant dans les conditions les plus favorables à l'évolution du mal, telle est la conduite à tenir dans le traitement de la fièvre typhoïde.

La maladie est-elle légère, est-elle modérée dans ses actes et exempte de toute complication, l'expectation seule convient. Il n'y a alors qu'à attendre et à prévenir les parents que la maladie peut être longue et qu'elle expose le patient à des dangers sérieux.

Mais lorsque la fièvre typhoïde est plus grave, lorsqu'elle présente dans ses périodes des symptômes alarmants, qu'elle s'accompagne de lésions profondes ou de complications multiples, alors le médecin doit intervenir et s'appliquer à chercher les indications et à les remplir, dans chaque cas particulier, suivant leur degré de prédominance.

Les indications se déduisent de l'étude des éléments qui entrent dans la composition de la fièvre typhoïde. Mais quelles qu'elles soient, le médecin n'oubliera jamais, en les remplissant, qu'il ne fait que seconder les efforts de la nature et mettre celle-ci dans les conditions les meilleures pour la guérison. Qu'il se rappelle, en cette circonstance, le sage précepte de Baglivi : *Medicus naturæ minister et interpres, quicquid meditetur et faciat, si naturæ non obtemperat, naturæ non imperat*[1].

La fièvre typhoïde se révèle aux yeux de l'observateur par un cortége de symptômes et de lésions qui sont spéciaux à cette maladie, et permettent de la considérer

[1] G. Baglivi, *De praxi medicâ, lib. 1, cap. I, p. 1.*

comme une entité morbide. Ces désordres fonctionnels et organiques constituent ce que l'on appelle l'*acte morbide* ou la manifestation.

Mais au-dessus de cette expression phénoménale il faut placer une modification anormale du système vivant, en un mot, ce que l'on désigne sous le nom d'affection typhoïde : c'est là l'*état morbide*. L'affection est considérée comme la cause des désordres locaux ; c'est elle qui les domine et les entretient. Elle est inconnue dans son essence ; nous ne la concevons que par ses effets ; elle se traduit par des actes appropriés toujours les mêmes, présentant une physionomie particulière ; aussi peut-on la regarder comme spécifique.

Sous l'influence de cette affection, on voit se développer des actes morbides multiples, au fond desquels on trouve :

1° Une atteinte profonde portée aux forces ; ce que démontrent la débilité musculaire qui existe dès le début, la titubation, la prostration et les phénomènes adynamiques qui se développent dans la seconde et la troisième période ;

2° Un trouble spécial dans les fonctions du système nerveux, caractérisé, au début, par un état d'éréthisme de ce système (vertiges, stupeur, rêvasseries, délire doux, insomnies, etc.), et, plus tard, par les symptômes ataxiques les plus graves (délire violent, mouvements convulsifs, etc.) ;

3° Une disposition à des mouvements fluxionnaires vers la tête, vers la poitrine et vers l'abdomen, révélée par les manifestations qui ont lieu vers ces trois cavités ;

4° Des congestions multiples, conséquences de ces mouvements fluxionnaires (hypérémie des méninges et du cerveau, des bronches et des poumons, de l'intestin, des ganglions mésentériques et de la rate) ;

5° Enfin, une altération spéciale des follicules intestinaux, constituée par leur épaississement et leur ulcération.

Mais nous avons vu que des états morbides généraux ou locaux, étrangers à la maladie, pouvaient, suivant les circonstances, se surajouter à la fièvre typhoïde; ces éléments, par l'influence fâcheuse qu'ils exercent le plus souvent sur la marche de cette maladie, préoccupent à juste titre le praticien et réclament le secours de la thérapeutique.

Ainsi, la fièvre typhoïde, étudiée au point de vue de l'analyse clinique, présente à considérer deux ordres d'éléments morbides : les uns généraux et les autres locaux.

Au premier groupe, on doit rattacher :

1° Un élément spécifique, inconnu dans son essence, l'affection typhoïde ;

2° Une habitude vicieuse des mouvements fluxionnaires ;

3° Un trouble spécial dans les fonctions du système nerveux ;

4° Une altération profonde des forces;

5° Des états morbides généraux variables, survenus à titre de complications (état bilieux, état rémittent, état catarrhal, etc.).

Parmi les éléments locaux nous devons placer :

1° L'irritation des muqueuses bronchique et gastro-intestinale ;

2° L'hypérémie des poumons, du cerveau et de quelques autres organes;

3° Une altération spéciale des follicules clos de l'intestin ;

4° Des états morbides locaux variables, qui se sont surajoutés à la fièvre typhoïde ;

5° Des accidents inhérents à la maladie elle-même.

Les indications thérapeutiques découlent naturellement de la connaissance de ces divers éléments. Elles auront pour but :

1° De rompre l'habitude vicieuse des mouvements fluxionnaires ;

2° De régulariser les fonctions du système nerveux ;

3° De soutenir et de relever les forces ;

4° De combattre les complications générales ;

5° De chercher à modifier les altérations locales et à en arrêter les progrès.

Quoiqu'on ne puisse rien contre le fond de la fièvre typhoïde, on voit cependant que le rôle du médecin n'en est pas moins considérable.

Ces diverses indications n'ont pas toujours le même degré d'importance ; elles varient suivant les périodes. Ainsi, dans la première, on trouve un mélange confus de faiblesse, d'irritation et d'éréthisme nerveux ; il y a donc à remplir alors les indications qui s'adressent à ces trois éléments ; pendant la seconde, l'irritation l'emporte sur les deux autres éléments, on doit surtout chercher à calmer cet état morbide local ; enfin, dans la troisième période, on voit prédominer à la fois le trouble des fonctions du système nerveux et l'altération des forces ; les anti-spasmodiques et les toniques

trouvent surtout leur application dans cette periode. — Mais, dans tout le cours de la maladie, il convient de rompre l'habitude vicieuse des fluxions; cependant cette indication, qui devient majeure dans les deux premières périodes, n'est souvent plus de mise à la fin de la maladie à cause de la faiblesse du sujet. On sait que, pour qu'une contre-fluxion puisse s'établir, il faut de la part du système vivant un certain degré d'énergie, sinon la provocation faite par le révulsif reste *sans réponse*. A cette période, ce sont les dérivatifs et les résolutifs qui sont utiles. — Les indications fournies par les complications générales se rencontrent principalement pendant les deux premières périodes. — Enfin, les indications locales sont surtout prédominantes pendant les deux dernières. — Telles sont les règles générales qu'il est permis d'établir dans le traitement de la fièvre typhoïde. Inutile d'ajouter qu'il est des cas exceptionnels où tel élément acquiert une grande prépondérance à une époque qui ne lui est pas habituelle. Mais nous n'avons pas la prétention de signaler toutes les variétés qui peuvent se présenter; il suffira que l'on soit prévenu. C'est au praticien à savoir reconnaître, dans un cas déterminé, le degré de prédominance de chacune des indications que nous avons mentionnées.

Ainsi envisagée, la thérapeutique n'est plus un assemblage aride de formules et de médicaments. L'indication vient la vivifier; d'ailleurs celle-ci, nettement déterminée et bien remplie, donne au médecin des succès souvent inespérés; aussi malheur au praticien inexpérimenté qu'aucune méthode ne guide en théra-

peutique, et qui croit qu'une maladie chez tous les individus réclame le même traitement parce qu'elle porte le même nom !

Nous allons étudier la thérapeutique de la fièvre typhoïde, en groupant les moyens d'après chacune des indications que nous avons établies.

I. Rompre l'habitude vicieuse des mouvements fluxionnaires.

Cette indication sera remplie à l'aide des *révulsifs :* on désigne sous ce nom les agents anti-fluxionnaires qui agissent loin du lieu malade. Ces moyens peuvent être doux ou irritants ; aussi leur choix n'est pas indifférent. Au début de toutes les maladies aiguës, il y a un état d'excitation générale qui contre-indique l'usage de tout agent irritant. On insistera donc tout d'abord sur l'emploi des cataplasmes émollients préparés avec la farine de lin et appliqués aux extrémités inférieures. Si l'excitation générale n'est pas grande et si un organe en particulier devient le siége d'une congestion plus prononcée, on rendra l'action de ces révulsifs plus active en les saupoudrant de farine de moutarde.

Dans la seconde période, les mouvements fluxionnaires vers les cavités sont plus actifs ; il faut choisir des révulsifs dont l'action soit plus profonde. — Alors on peut remplacer les cataplasmes émollients par le coton. On enveloppe d'ouate les pieds du malade, et l'on recouvre le tout d'un morceau de taffetas gommé : c'est là un moyen révulsif plus excitant qu'on ne pense et dont on ne doit pas abuser. M. le professeur Combal insiste dans ses leçons cliniques sur les

dangers que ce moyen peut avoir au début d'une maladie aiguë, alors que l'excitation générale est encore très-prononcée.

Mais dans cette période les révulsifs varieront suivant les organes qui sont fluxionnés.

S'il y a des signes évidents de congestion vers la *tête,* s'il survient de la céphalalgie, du délire, il convient d'insister sur des révulsifs plus énergiques encore. — On promènera des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs. — Les sangsues peuvent être indiquées dans cette période. Placées à l'anus en nombre proportionné à l'intensité de la fluxion céphalique, à l'âge du sujet et à l'ancienneté du mal, elles sont quelquefois très-utiles; elles agissent à titre de moyen révulsif. — Que penser de la saignée dans cette période ? Nous l'avons vu rarement employer. Mais est-ce à dire qu'il faille la rejeter complètement? Nullement. Il est des cas où la congestion cérébrale est si prononcée, où l'intensité des phénomènes fébriles est telle, qu'une déplétion sanguine générale est parfaitement indiquée. Toutefois, il faut se garder d'ouvrir la veine d'une main trop libérale; tirer trop de sang au malade, c'est lui enlever des forces et s'exposer à aggraver une maladie dont le fond est essentiellement asthénique et la durée toujours longue. — A la fin de la deuxième période ou pendant la troisième, on pourra s'adresser aux vésicatoires; il faudra les appliquer aux jambes, qui, d'après l'expérience clinique, sont en relation sympathique avec la tête.

Si les mouvements fluxionnaires se dirigent vers la *poitrine,* les vésicatoires seront mis à l'un des bras ou

aux deux à la fois. Enfin, ces révulsifs cutanés seront placés à la partie interne des cuisses, lorsque les mouvements fluxionnaires se porteront vers l'abdomen avec une trop grande intensité, comme dans le cas de diarrhée intense.

Les mêmes règles guideront le praticien lorsqu'il s'agira de détourner les mouvements fluxionnaires dans les formes cérébrale, thoracique et abdominale. Dans la forme ataxique, il faut tenir compte de la cause qui a mis en jeu le désordre du système nerveux. Si celui-ci tient à une congestion des méninges, on pourra utiliser les sangsues à l'anus ou bien aux chevilles dès le début du mal.

II. Chercher a régulariser les fonctions du système nerveux.

La perversion des fonctions du système nerveux se traduit au début par un état d'éréthisme particulier (vertiges, excitation, rêvasseries, etc.); plus tard, elle s'annonce par des phénomènes plus graves, tels que le délire, les mouvements convulsifs, etc.

Ce désordre de l'innervation indique qu'il y a un mouvement fluxionnaire vers l'encéphale et la moelle. En remplissant l'indication précédente d'après les règles tracées déjà, on contribue d'une manière indirecte à calmer cette excitation, mais cela ne suffit pas; il faut agir directement sur le trouble des fonctions du système nerveux.

Contre l'éréthisme nerveux du début on pourra employer les tisanes délayantes. L'infusion de fleurs de mauve, la décoction d'orge, simple ou édulcorée, avec

le sirop de gomme, etc., devront être choisies. Les cataplasmes émollients contribueront aussi à tempérer cet état d'éréthisme. Ces moyens conviennent surtout quand la perversion des fonctions du système nerveux se rattache à l'irritation.

Quand l'ataxie se prononce davantage et qu'elle se lie à une perversion des fonctions du système nerveux, on doit recourir au camphre et au musc. Autrefois on employait beaucoup ces deux agents ; actuellement on en fait moins usage, car une part plus grande est faite à la lésion intestinale, et on n'abuse plus des moyens excitants. Ces deux substances, disait M. Barre, ont occupé jadis dans la thérapeutique une place aussi grande qu'elle est petite aujourd'hui.

Le camphre est regardé comme anti-spasmodique, mais il est aussi irritant. Lorsqu'on l'administre, on voit la langue rougir, la soif devenir intense ; il y a tous les symptômes d'une irritation gastro-intestinale. Il en est de même du musc, qui est moins excitant pour l'estomac, mais qui l'est beaucoup plus pour le système nerveux. On comprend qu'on doive bannir de la thérapeutique ces deux substances, lorsqu'il existe une irritation locale. Afin de tempérer l'action excitante du camphre, on l'associe ordinairement au nitre sous forme de bols. On a alors les bols camphrés et nitrés qui renferment 5 centigrammes de camphre et 10 centigrammes de nitre. — Le musc est ordinairement administré à la dose de 5 centigrammes toutes les deux ou trois heures. On ajoute souvent le calomel à cet agent. Par cette association, on prévient son action excitante sur le cerveau et l'on obtient en même temps

un effet révulsif. M. le docteur Barre a vu ces deux agents ainsi combinés produire des effets avantageux. Quand le musc est de bonne qualité, il suffit d'en administrer une petite dose pour obtenir l'action désirée. Si dans certains cas on arrive à une dose élevée sans danger, c'est que probablement cet agent était de mauvaise qualité. Lorsqu'on peut compter sur ce médicament, il n'est pas besoin le plus souvent d'en donner plus de quinze à vingt centigrammes par jour.

L'hydrothérapie rend souvent de grands services dans la forme ataxique. Nous avons vu cette médication, entre les mains de M. le professeur Fuster, produire dans plusieurs cas des résultats incontestables. Chez ces malades, elle a calmé l'excitation du système nerveux et facilité l'évolution naturelle du mal. C'est là un moyen très-puissant qui régularise les fonctions du système nerveux et abat promptement les phénomènes ataxiques ; mais ce moyen, quelque avantageux qu'il soit, a des contre-indications *sociales*. Quel est le jeune praticien qui, au début de sa carrière, osera l'employer dans la pratique civile ? Comme le dit si bien M. le professeur Trousseau en parlant de l'usage des affusions froides dans la scarlatine, il faut avoir vieilli dans la pratique, il faut surtout ne pas avoir besoin de l'opinion publique pour instituer une médication en apparence aussi audacieuse. On comprend les craintes du jeune médecin ; et cependant, quand la voix du devoir commande, quand la conscience dit que cette médication, à laquelle on n'ose pas recourir, est une médication utile, il faut la tenter. — On emploie, en général, les affusions froides : le malade est assis dans

une baignoire, on lui fait prendre d'abord un bain de pieds sinapisé d'un quart d'heure de durée environ, et c'est pendant la dernière minute de ce pédiluve qu'on verse sur la tête du malade un jet d'eau froide; le liquide ruisselle sur tout le corps du patient qu'on essuie avec soin, et aussitôt on le replace dans son lit, préalablement chauffé: la réaction se fait en général assez vite. La durée de l'affusion est d'abord d'une minute; elle peut être de deux et même de trois minutes. L'eau employée doit avoir une température aussi froide que possible, de huit à dix degrés au-dessus de zéro en moyenne. Ces affusions, faites d'abord une seule fois dans la journée, sont répétées deux ou trois fois, si le malade est en état de bien réagir. Quand elles sont bien supportées, elles ont pour effet d'apaiser le délire et l'agitation; la langue perd de sa sécheresse, elle s'humecte; la soif est moins vive; la peau, qui était sèche, devient moite; la chaleur âcre fait place à une douce chaleur, les soubresauts des tendons se dissipent, et insensiblement tous les symptômes ataxiques disparaissent. Cet agent a d'ailleurs une action multiple, il porte les mouvements à la peau et régularise la fluxion; de plus, il agit comme tonique. Mais il a ses contre-indications: lorsqu'il existe une lésion thoracique, on doit s'en abstenir; on ne l'emploiera pas non plus si l'adynamie du malade rend la réaction difficile.

III. Soutenir et relever les forces.

Il ne faut pas perdre de vue que la fièvre typhoïde

est une affection essentiellement asthénique et qu'elle dure long-temps ; aussi doit-on, dès le début même, songer à soutenir les forces du sujet. La maladie est un fardeau que le malade doit porter pendant un certain temps ; sans un certain degré de forces, il peut fléchir sous le poids et succomber. C'est par une sage combinaison des moyens tirés de l'hygiène et des toniques pharmaceutiques que l'on remplit cette indication. — Au début, le régime sera un peu sévère, mais on évitera avec soin de soumettre le malade à une diète absolue. On lui permettra quelques cuillerées de bouillon gras, qu'on fera alterner toutes les trois heures avec des bouillons maigres ou avec des crêmes de riz. — Dans la seconde période, le régime doit être encore sévère ; mais si l'irritation gastro-intestinale est grande, il sera plus sévère encore que dans la première période. — Pendant la troisième période, surtout lorsque l'état adynamique existe seul, on peut augmenter l'alimentation, épaissir les bouillons, permettre un peu de vin, et recourir au quinquina sous forme d'infusion. Cependant il ne faut pas pousser trop loin l'alimentation. Quelquefois on cède aux instances du malade, on se laisse aller à leur donner à manger ; mais on s'aperçoit généralement qu'on a eu tort, car alors le malade offre de la fièvre et il est moins bien le soir que le matin.

Plus tard, on permet au malade de bons consommés et quelques cuillerées de jus de viande. Dans cette période, disions-nous, le vin est indiqué. On doit choisir le vin de Bordeaux : c'est le plus froid et le plus tonique de tous les vins. Il vaut mieux encore que

le vin de Saint-Georges, qui ne convient qu'à la fin de la maladie.

Dans cette période, il est des cas où le choix des toniques exige beaucoup de sagacité de la part du praticien : c'est lorsque à une faiblesse très-grande s'associe une irritation intense du tube digestif. Il y a alors un mélange de deux éléments qui réclament des agents tout différents : cette association, que Stoll appelait *pessimum connubium*, rend le traitement difficile. L'irritation, en effet, contre-indique l'emploi des toniques que commande pourtant l'état de faiblesse ; et, d'autre part, si on insiste sur les émollients et les délayants, on ne fait qu'augmenter la faiblesse et que débiliter de plus en plus le malade. Aux toniques pris à l'intérieur, on ajoute avec avantage les frictions toniques faites avec la teinture de quinquina, le baume de Fioravanti, le liniment de Rosen, sur le trajet de la colonne vertébrale ou bien à la partie interne des cuisses.

Au milieu de cette période, et surtout dans la forme adynamique, on est quelquefois tenté d'appliquer des vésicatoires pour relever un peu les forces ; mais on ne doit user de l'emploi de ces moyens qu'avec une très-grande réserve. Il ne faut pas perdre de vue que le vésicatoire est un agent excitant ; son action peut être suivie d'une faiblesse plus grande que celle qui existait auparavant. Qu'on n'oublie pas qu'à cette période les malades ont peu d'énergie et que la moindre secousse les fait succomber. D'ailleurs, on sait qu'à cette époque de la maladie, les vésicatoires sont frappés de gangrène et qu'ils peuvent devenir le siége d'hémorrhagies passives.

Pendant la période adynamique le quinquina est indiqué : on le donne habituellement en infusion ou en décoction. Lorsque, dans cette période, il y a simultanément de l'engouement pulmonaire, on peut faire infuser ce médicament avec l'ipécacuanha. Voici la potion que nous avons vu formuler en pareil cas :

℞	Ipécacuanha concassé............	1 gramme.
	Écorces d'oranges amères.........	2 —
	Quinquina jaune concassé.........	2 —

à faire infuser pendant un quart d'heure dans

Eau bouillante...................	150 grammes.

Passez, et ajoutez

Sirop de baume de Tolu..........	30 grammes.

Cette combinaison a un double avantage, celui de favoriser la résolution de l'engouement pulmonaire et de soutenir les forces.

En présence d'une grande faiblesse, on fait quelquefois usage de l'extrait mou de quinquina ou de l'extrait alcoolique, improprement appelé à Montpellier résine de quinquina.

Les toniques jouent un rôle si important dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde, qu'on doit se demander à quels signes on pourra reconnaître leur indication. On se basera principalement sur la prostration du malade, sur la faiblesse et la fréquence du pouls, sur sa lenteur extrême; dans d'autres circonstances, sur la pâleur des téguments, sur la chaleur et la sècheresse de la peau, et quelquefois sur l'état de la langue, qui est brunâtre, sèche, fendillée, comme brûlée. Tels sont les meilleurs signes à consulter. Cependant un seul d'entre eux ne suffit pas; il faut tenir compte de leur

ensemble, et surtout les comparer à l'état des forces du sujet.

IV. Combattre les complications générales.

1° *État bilieux.* — Nous avons vu que, chez la plupart de nos malades, cette complication existait d'une manière tranchée. Lorsque cet état ne s'accompagne d'aucune espèce d'irritation générale ou locale, il ne faut pas craindre de recourir à la méthode évacuante. Parmi les évacuants, on doit choisir les vomitifs, l'ipécacuanha et le tartre stibié, de préférence aux autres. Mais dans quels cas convient-il de donner l'un ou l'autre de ces deux agents ?

L'ipécacuanha est préférable quand la diarrhée est forte et qu'on craint de l'augmenter; cet agent, d'ailleurs, débilite moins que le tartre stibié; il porte les mouvements vers la périphéric, et, de plus, il a une action astringente qui doit le faire préférer. L'autre substance fatigue davantage; elle déprime les forces et provoque souvent des évacuations alvines abondantes.

L'emploi des vomitifs est contre-indiqué par les phénomènes d'irritation qui existent du côté du tube digestif, tels que la rougeur et la sècheresse de la langue, la soif vive, la douleur épigastrique augmentant à la pression. Il faut alors employer préalablement quelques sangsues à l'épigastre: c'est ce qui a été fait chez deux de nos malades. En même temps on prescrit des tisanes délayantes pendant quelques jours, avant de recourir aux vomitifs. On choisira avec avantage la tisane d'orge et la limonade cuite.

On soutient l'action des évacuants en donnant l'infusion d'ipécacuanha à petites doses. Ce moyen agit comme *incisif* et prépare le malade à la purgation.

L'indication des purgatifs se tire de l'état des papilles de la langue, qui sont saillantes, hérissées ; elle se déduit aussi de l'état du tube digestif. On a recours à ces agents si le ventre est météorisé, si le sujet éprouve alternativement de la diarrhée et de la constipation, et si l'appétit ne revient pas ; mais lorsque le ventre est douloureux et que les phénomènes d'irritation persistent, on s'abstiendra de purger le malade.

État rémittent. — Cet état peut s'associer à la fièvre typhoïde dans toutes ses périodes, masquer sa physionomie et même en trancher le cours avant qu'on ait pu le reconnaître. Il importe donc de bien poser le diagnostic de cette complication. Celle-ci reconnue et l'indication du sulfate de quinine établie, on prescrit cette substance par la voie la plus convenable. La meilleure manière de l'administrer est certainement de la donner par la bouche, en potion ou en pilules. En potion, l'absorption se fait mieux ; mais si ce médicament n'est pas toléré, si le malade le vomit malgré l'opium qu'on peut associer à cet agent, on doit l'administrer en lavement ou en frictions : ce dernier mode est de tous le moins fidèle. Dans les cas graves, on ajoute au sulfate de quinine la résine de quinquina à la dose de 4 à 8 grammes. L'observation démontre que cette combinaison rend l'action du sulfate de quinine plus énergique.

État catarrhal. — Cette complication ne réclame pas

de moyens spéciaux. Le séjour au lit, les boissons chaudes, les doux révulsifs s'adressent à cet état, en même temps qu'ils servent à remplir les indications propres à la fièvre typhoïde.

V. Chercher a modifier les altérations locales et a en arrêter les progrès.

L'état local dans la fièvre typhoïde ne doit pas être négligé; il fournit des indications quelquefois si importantes, qu'elles priment toutes les autres. Dans l'état local, nous avons à considérer :

1° L'*irritation* des muqueuses bronchique et intestinale ;

2° La *congestion* de certains viscères ;

3° L'*altération spéciale* des follicules intestinaux, se traduisant par des symptômes qui deviennent souvent par leur intensité le sujet d'indications particulières (diarrhée, douleur abdominale, météorisme) ;

4° Des *complications locales*, parmi lesquelles nous mentionnons surtout la *pneumonie* et la *péritonite ;*

5° Des *accidents spéciaux,* tels que l'hémorrhagie intestinale, la laryngite, les oreillons, la gangrène, etc.

Les indications locales découlent de l'étude de ces divers états morbides. Nous allons étudier les moyens qui répondent à chacune d'elles ; mais rappelons que tous ces éléments présentent une indication commune, celle de régulariser les mouvements fluxionnaires. On la remplit à l'aide des agents révulsifs dont nous avons déjà parlé.

1° *Irritation des muqueuses.* — Les moyens qu'il con-

vient de choisir doivent être mis en rapport avec la période de la maladie et avec le siége de l'irritation. Lorsqu'il y a simplement *irritation bronchique*, il suffira le plus souvent de donner un looch blanc que le malade prendra par cuillerées. La décoction d'orge, simple ou édulcorée avec le sirop de gomme, et les révulsifs doux, viendront, par leur action combinée avec celle du looch, contribuer à calmer l'irritation de la muqueuse bronchique. — Lorsque l'*irritation abdominale* prédomine, on fait pratiquer sur le ventre des frictions avec l'huile de camomille camphrée, avec le baume tranquille, avec l'huile de jusquiame. Ces frictions sont faites trois ou quatre fois dans la journée; en même temps on applique sur l'abdomen un large cataplasme émollient que l'on prépare avec la farine de lin et que l'on renouvelle toutes les quatre heures. Simultanément on fait prendre au malade des lavements émollients (le quart ou la moitié d'un lavement), composés d'une infusion de fleurs et de feuilles de mauve, de feuilles de pariétaire, d'eau de son, etc. — Si l'irritation est plus prononcée, on la combat par les bains de siége ou les bains généraux. Ces bains sont rendus émollients en ajoutant à l'eau du bain une décoction de son (une ou deux livres) ou de la gélatine (500 grammes) préalablement dissoute dans l'eau chaude. Les bains employés dans les hôpitaux ne sont pas toujours sans danger pour les malades, à cause de la disposition des salles qui expose ceux-ci à se refroidir. Mais dans la pratique civile les conditions sont différentes. Le sujet peut être entouré de tous les soins que comporte une maladie aussi grave que la fièvre typhoïde; les bains,

sagement utilisés et administrés avec prudence, rendent quelquefois des services incontestables.

Si l'irritation résiste à l'emploi de ces moyens, on doit recourir aux sangsues, en tenant compte toutefois de l'état des forces du malade; on peut les appliquer à l'anus ou bien sur l'abdomen, et principalement au niveau des fosses iliaques. Quelquefois c'est l'irritation gastrique qui semble prédominer, on met alors les sangsues dans la région épigastrique.

En même temps on donne au malade, dans la journée, de l'eau de veau ou du petit-lait. Ces boissons sont émollientes et relâchantes ; elles sont surtout très-utiles, lorsque, avec l'irritation gastro-intestinale, il existe de la constipation.

2° *Congestion.* — Les méninges et le cerveau, les poumons et les principaux viscères de l'abdomen présentent souvent des signes évidents d'hypérémie. L'indication est de *chercher à faire résoudre ces congestions.* Les moyens varient suivant le siége du mal; mais le plus souvent on doit recourir à l'emploi des *dérivatifs :* ce sont des agents anti-fluxionnaires qui sont appliqués près de l'organe malade.

Lorsqu'il existe des signes de congestion *céphalique* démontrée par le délire, l'injection des sclérotiques, l'état vultueux de la face, l'intensité de la chaleur, la fréquence du pouls, etc., il faut s'adresser aux émissions sanguines locales. On applique des sangsues derrière les oreilles. Mais le moment à choisir pour l'emploi de ce moyen n'est pas indifférent. Au début de la maladie, lorsque l'excitation est encore prononcée,

on doit placer les sangsues loin du siége du mal. Plus tard, lorsque la fluxion a pris droit de domicile, que l'excitation est calmée, on peut agir près de l'organe malade et mettre des sangsues au-dessous des apophyses mastoïdes. Si cela ne suffit pas, on placera à la nuque un vésicatoire ou un emplâtre de Méjean.

Dans le cas de congestion *pulmonaire*, on a recours aux moyens qui agissent directement sur l'appareil respiratoire : c'est alors le moment d'en venir à l'emploi de l'ipécacuanha en infusion. Ce moyen, qui nulle part n'est aussi bien connu qu'à Montpellier, rend tous les jours de grands services. Quand il y a irritation, la dose de l'ipécacuanha doit être faible; il suffit le plus souvent de faire infuser cinquante ou soixante centigrammes de cette écorce dans cent cinquante grammes d'eau bouillante pendant un quart d'heure environ. On ajoute habituellement trente grammes de sirop pectoral de Maloët; ce sirop, qui contient un peu d'opium, favorise la tolérance de l'ipécacuanha. Si l'engorgement est plus accentué, et surtout si l'expectoration n'est ni assez abondante ni assez libre, on augmente la dose de ce dernier et l'on ajoute à l'infusion un sirop balsamique (sirop de baume de Tolu). L'ipécacuanha a été donné jusqu'à la dose de trois grammes, il a toujours été parfaitement toléré. Lorsque la faiblesse du malade le réclame, on associe à cette substance l'écorce d'oranges amères à la dose de deux grammes. On fait infuser simultanément ces deux médicaments. Le mode d'administration de cette potion n'est pas indifférent; elle ne doit pas être donnée à des moments trop rapprochés des repas. On l'administre au moins

une heure avant le bouillon. Le plus souvent on la donne par cuillerées toutes les heures ; mais si elle n'est pas tolérée, si elle provoque des nausées ou des vomissements, on en éloigne les doses ; alors on ne la fait prendre que toutes les deux heures ou bien toutes les trois heures. Si la tolérance devient impossible, on la suspend complètement.

En même temps on emploie des dérivatifs sur la poitrine. Dans les cas légers, on peut faire pratiquer sur la poitrine des frictions avec l'huile de croton tiglium ; mais lorsque la congestion est plus prononcée, on applique un large vésicatoire à la partie postérieure du thorax. Comme l'engouement, dans la majorité des cas, porte sur les deux poumons, on le place entre les deux épaules. Il ne faut pas craindre de choisir un vésicatoire large, car on ne peut pas en entretenir long-temps la suppuration, à cause de l'état de maigreur dans lequel se trouvent les malades à cette époque et de la disposition à la gangrène qui caractérise cette maladie. L'application du vésicatoire est subordonnée à l'état de la poitrine. Lorsque l'engouement n'a envahi qu'un seul poumon, on ne le place que d'un seul côté. Il ne faut pas oublier que le vésicatoire, indiqué du reste par la lésion thoracique, est contre-indiqué par la période de la maladie et par l'état des forces ; en effet, si la faiblesse est trop grande, le vésicatoire ne fait que l'augmenter, il peut provoquer le développement de la gangrène et devenir une nouvelle cause de faiblesse. Que convient-il de faire dans ces cas ? On doit insister sur l'emploi de l'infusion d'ipécacuanha, en ayant le soin de faire infuser simultanément l'écorce

d'oranges amères et le quinquina. Cette infusion est à la fois tonique, diaphorétique et expectorante.

On peut donner aussi, à titre de moyen résolutif de l'engorgement pulmonaire, le kermès minéral, que l'on administre à la dose de 10 à 40 centigrammes dans un looch blanc; mais, en général, on doit préférer l'ipécacuanha, qui est mieux supporté et fatigue moins l'estomac.

3° *Altération spéciale des follicules intestinaux.* — Il serait à désirer de pouvoir agir directement sur la lésion de ces follicules, en favoriser la résolution, arrêter les progrès de l'ulcération lorsqu'elle existe, et hâter la cicatrisation. S'il arrive un jour que cela soit possible, que d'accidents ne préviendra-t-on pas! Actuellement, on en est réduit seulement à modérer l'intensité de ce travail organique. Les moyens dont l'emploi est indiqué contre l'irritation intestinale s'adressent parfaitement à la lésion spéciale de l'intestin. Les tisanes délayantes, une diète sévère, les révulsifs doux agiront d'abord contre cet élément. Plus tard, on utilisera les embrocations émollientes sur le ventre, les cataplasmes de farine de lin, et les lavements émollients répétés plusieurs fois dans la journée.

Certains symptômes abdominaux, par leur prédominance, deviennent quelquefois la source d'indications particulières. En combattant ces phénomènes morbides, on agit indirectement sur l'altération intestinale. — Lorsque la *diarrhée* est renfermée dans de justes limites, on ne doit pas s'en préoccuper; mais si elle est trop forte, il faut chercher à la modérer. On utilise d'abord les

frictions et les cataplasmes sur l'abdomen, on emploie des lavements préparés avec une décoction de graine de lin, à laquelle on ajoute une cuillerée à café d'amidon, et même, si la diarrhée était trop intense, un peu de laudanum. On donne en même temps de la décoction blanche de Sydenham comme tisane. Enfin, si la diarrhée devient plus intense, on a recours à l'emploi des astringents, tels que le cachou et le ratanhia. Mais il ne faut pas trop se presser de se servir de ces moyens; ils risquent de devenir une cause d'inflammation pour le tube intestinal, déjà fortement irrité. Ils ne conviennent que lorsqu'il y a faiblesse et que l'irritation est tout-à-fait passée. — Si la *douleur* intestinale est intense, il convient de la combattre. Des frictions faites sur l'abdomen avec un liniment composé de baume tranquille et de laudanum; des cataplasmes de farine de lin placés sur l'abdomen; des quarts de lavements émollients, auxquels on ajoute de cinq à dix gouttes de laudanum : tels sont les premiers moyens à employer. Mais si cela ne suffit pas, et si la douleur paraît se lier à l'inflammation du péritoine, on doit avoir recours à des onctions faites sur l'abdomen avec l'onguent napolitain belladoné. On en viendra même à l'emploi des sangsues sur l'abdomen, si toutefois l'état des forces du sujet et la période de la maladie le permettent. — Le *météorisme* sera combattu par les frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée, par les cataplasmes sur l'abdomen et par les lavements.

4° *Complications locales*. — Si la *pneumonie* qui survient est de nature typhoïde, le traitement à employer

est celui de la congestion pulmonaire. Les indications auront pour but de soutenir les forces et de chercher à résoudre l'engorgement local. Les vésicatoires et l'infusion d'ipécacuanha devront être utilisés. Lorsque la pneumonie se développe à titre de complication, le traitement est à peu près le même. Toutefois, dans ce cas, comme la pneumonie arrive à une époque plus rapprochée du début, on peut quelquefois recourir aux émissions sanguines locales. L'état des forces du malade, les caractères du pouls et l'intensité du mouvement fluxionnaire indiquent dans quelle mesure l'émission sanguine doit être faite.

La *péritonite* qui se manifeste dans le cours de la fièvre typhoïde, est le plus souvent le résultat d'une perforation intestinale. Quand on songe au mode de production de cette complication, on se demande comment la guérison peut être possible, et cependant Stokes et Graves, de Dublin, prétendent avoir eu des cas de succès. Ces faits peuvent paraître douteux, depuis qu'on a démontré l'existence de péritonites sans perforation.

Quelle que soit la cause de la péritonite, quelles indications y a-t-il à remplir ? On doit surtout chercher à *détourner les mouvements fluxionnaires* qui se portent vers la séreuse péritonéale, à *modifier le travail* inflammatoire dont elle est le siége, à *calmer les douleurs* intenses que les malades éprouvent. Ces indications sont communes aux deux espèces de péritonite. Les moyens qui serviront à les remplir ont été déjà énumérés.

Dans le cas de perforation, il faut, en outre, tâcher de prévenir le passage de nouvelles matières fécales

dans la cavité péritonéale, et surtout d'immobiliser l'intestin pour empêcher cet épanchement et pour obtenir des adhérences. Mais comment peut-on parvenir à ce but? On y arrive en défendant absolument au malade tout mouvement, en le privant de toute espèce d'aliments et de boissons pour s'opposer au vomissement, en trompant la soif par quelques tranches d'orange ou par quelques gouttes de limonade, en faisant des frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain belladoné; enfin, en donnant l'opium à haute dose. Ce dernier moyen est le plus important. On choisit habituellement l'extrait gommeux d'opium qu'on administre d'abord à la dose de dix centigrammes, puis on fait prendre au malade d'heure en heure une pilule de cinq centigrammes jusqu'à ce qu'on obtienne l'effet narcotique; on arrive ainsi jusqu'à la dose de un à deux grammes d'extrait thébaïque que le malade tolère parfaitement. Cette méthode de traitement a été mise en usage avec succès par Stokes et Graves. Dans les cinq cas de perforation que nous avons observés et qui se sont terminés par la mort, l'opium a été donné, mais il n'a été prescrit qu'à des doses faibles. En pareille circonstance, il faut pratiquer cette méthode de traitement hardiment et immédiatement, car le temps est court et le danger pressant. En effet, le malade meurt quelquefois en moins de vingt-quatre heures.

5o *Accidents.* — L'*hémorrhagie intestinale* est due à une altération du sang liée elle-même à la maladie, ou bien elle dépend d'une érosion des vaisseaux de l'intestin. Quoi qu'il en soit, les indications auront pour but:

de *détourner les mouvements fluxionnaires*, de *chercher à modifier l'état des parties atteintes* et de *changer la constitution du sang*. Les moyens qui répondent à la première de ces indications sont connus. Pour remplir la seconde, on doit s'adresser aux boissons froides et même glacées, aux lavements froids, à la limonade sulfurique. Si l'hémorrhagie continue, on a recours à d'autres astringents, tels que l'extrait de ratanhia donné en potion ou en lavement. Nous avons vu dans un cas le sulfate de quinine amener un excellent résultat; il eut une action astringente et tonique. Enfin, les toniques (jus de viande, bouillons, vin, quinquina) contribuent à remplir la troisième indication; ils relèvent les forces du malade et augmentent la plasticité du sang.

Dans les cas où une *laryngite* se développe, il y a à *détourner la fluxion* et à *chercher à arrêter les progrès de l'altération locale*. Les révulsifs et les dérivatifs seront d'abord employés, et l'on combinera leur action avec celle des caustiques directement appliqués sur les points mortifiés; mais si les accès de suffocation augmentent d'intensité et menacent de compromettre les jours du malade, il ne faut pas hésiter à pratiquer la trachéotomie. Qu'on n'oublie pas que, d'après un relevé de MM. Charcot et Dechambre, sur dix-neuf opérations, la guérison a été obtenue sept fois. Sestier conseille, dans ces circonstances, de recourir à l'opération le plus promptement possible.

S'il survient un *oreillon*, on applique dès le début des cataplasmes émollients sur la tumeur; mais, dès que la fluctuation indique la présence du pus, il faut

se hâter d'ouvrir le foyer afin d'éviter des décollements profonds.

Le plus souvent la *surdité* qui survient dans le cours de la fièvre typhoïde n'exige aucun traitement particulier; elle diminue et se dissipe à mesure que la guérison tend à s'établir. — S'il y a *otite*, on a recours aux fumigations avec les espèces émollientes et aux cataplasmes de farine de lin. Les injections émollientes et tièdes sont appelées à rendre au début les plus grands services. En même temps les dérivatifs (vésicatoires ou frictions avec l'huile de croton tiglium derrière l'oreille) peuvent être utiles.—Dans le cas d'*otorrhée,* on insistera sur les injections émollientes et légèrement astringentes. Enfin, les frictions sèches, le séjour à la campagne, l'alimentation et tous les autres moyens généraux viendront seconder puissamment l'action de ceux que nous avons déjà indiqués.

Il faut autant que possible prévenir la formation des *eschares*. Pour cela, on doit faire varier la position des malades et les changer de linge très-souvent; il convient de les tenir dans un état de grande propreté, afin que les téguments sur lesquels le corps repose ne restent pas en contact avec les urines et les matières fécales. Si la peau commence à s'excorier, on peut appliquer en ce point un morceau de sparadrap, ou bien recouvrir la plaie d'une couche de collodion. Mais le sparadrap a des inconvénients, il produit quelquefois des démangeaisons et provoque des éruptions; d'ailleurs, il peut glisser facilement et former des plis qui irritent davantage les parties malades. Quand la gangrène est déjà développée, on doit insister sur l'em-

ploi des cataplasmes et des applications stimulantes et détersives; dès que l'eschare est éliminée, on fait sur les ulcérations des lotions avec la décoction de quinquina, ou bien avec l'eau chlorurée. On aura surtout le soin de renouveler souvent les pansements, et de tenir constamment la plaie dans un état de propreté extrême. On arrive parfaitement à ce but en changeant tous les jours le malade du lit et en lui conseillant de se coucher de temps en temps sur le ventre. Nous avons connu un jeune homme qui obtint de grands avantages de cette position.—En même temps on insistera sur les toniques et sur l'alimentation, afin de donner au système vivant une énergie suffisante pour résister à la faiblesse qui succède souvent à ces longues suppurations.

La *convalescence* de la fièvre typhoïde réclame des soins particuliers. L'indication consiste à relever les forces; mais, en alimentant son malade, il ne faut pas perdre de vue la lésion intestinale, qui rend les indigestions faciles. Le médecin ne devra permettre que peu à peu des substances solides ; il portera son attention sur le nombre des repas, sur l'intervalle qui doit les séparer, sur la quantité et la qualité des aliments. Les repas seront multipliés et rendus moins copieux ; on choisira principalement les substances qui, sous un petit volume, contiennent beaucoup de matières nutritives; les bons consommés, le jus de viande, les viandes blanches rôties conviendront parfaitement. On pourra permettre aussi des œufs, des légumes frais, mais il faudra défendre expressément l'usage des aliments excitants. Le lait d'ânesse rendra de grands

services. A ces moyens on devra ajouter le séjour à la campagne, les promenades à pied et en plein air, l'habitation dans une chambre vaste et bien aérée, les vêtements de flanelle sur la peau, les frictions sèches, qu'on fera avec une brosse de flanelle imprégnée de vapeurs aromatiques.

Dans cette affection, il faut aussi songer à calmer l'esprit de son malade. On sait combien les dispositions morales influent quelquefois sur la marche des maladies. Heureux sont ceux qui, à l'heure du danger, ont l'âme calme et forte! « C'est ici, disait M. le Dr Barre, que la médecine demande, de la part de l'homme de l'art, non-seulement du jugement et de la réflexion, mais encore du cœur. » Si le malade est alarmé de son état, s'il a la désolante conviction d'une mort plus ou moins prochaine, on devra s'efforcer de faire naître dans son esprit une conviction contraire. Il faudra le consoler, l'encourager et lui donner l'espoir d'une prompte guérison. S'il s'agit de malheureux éloignés de leur famille, on leur parlera de leur pays et de leurs parents. Nous avons vu souvent, dans les hôpitaux, le souvenir de la famille et la promesse d'un congé relever promptement le moral des militaires et contribuer ainsi à la guérison.

Si l'on a bien compris les principes que nous venons d'émettre, on voit que, pour nous, il n'y a pas de méthode exclusive dans le traitement de la fièvre typhoïde. Tous les moyens qu'on a tour-à-tour préconisés peuvent trouver leur application dans certains cas particuliers et produire des résultats très-avantageux. On s'explique

ainsi les succès par les saignées, lorsque cette maladie se complique d'un état inflammatoire; par les évacuants, lorsque, sous l'influence d'une constitution médicale, l'état bilieux coïncide avec la fièvre typhoïde et exerce sur elle une certaine prépondérance; par le sulfate de quinine, lorsque c'est l'élément rémittent qui s'est développé en même temps que cette affection; par l'hydrothérapie, dans les cas où la forme ataxique existe en dehors de toute complication générale ou locale; par les toniques, lorsqu'il s'agit d'une forme adynamique accentuée; enfin, par l'expectation la plus complète, dans ces cas bénins où le praticien n'a rien à faire et où la guérison est l'œuvre entière de la nature.

Et maintenant, si nous résumons les règles générales qui doivent nous guider dans le traitement de cette maladie, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° La méthode *naturelle* est employée toutes les fois que la fièvre typhoïde est bénigne et exempte de toute complication; elle doit être aussi utilisée dans les cas graves et complexes, lorsque déjà les éléments étrangers ont été combattus.

2° Mais le plus souvent cette maladie présente des complications générales ou locales, ou bien elle se traduit par des actes morbides si intenses que la marche naturelle du mal en est troublée; alors on doit avoir recours à la méthode *analytique*.

3° Parmi les méthodes *empiriques*, il en est deux qui trouvent aussi leur application. On se sert de la méthode *spécifique* chaque fois qu'une complication

rémittente nécessite l'emploi du sulfate de quinine; dans d'autres circonstances, on s'adresse à la méthode *perturbatrice* : c'est lorsqu'on cherche à modifier le trouble de l'innervation à l'aide de l'hydrothérapie.

Rapports de la fièvre typhoïde avec les autres fièvres. — Nous ne saurions terminer ces considérations cliniques sans parler d'une question qui a son degré d'importance : il s'agit d'examiner les rapports de l'affection qui nous occupe avec quelques autres fièvres. Ce que nous avons déjà dit va faciliter cette étude.

La fièvre typhoïde se distingue parfaitement des fièvres inflammatoire, catarrhale, bilieuse ; les symptômes, les lésions et surtout la marche établissent entre ces maladies une différence capitale. Mais, quoique distinctes, elles ont des rapports de complication : inutile d'insister là-dessus.

La fièvre rémittente présente quelquefois dans ses allures de nombreux points de contact avec la fièvre typhoïde. Nous avons vu que, dans leur symptomatologie, ces affections offrent une certaine ressemblance. Plusieurs symptômes qui peuvent leur être communs dès le début, et surtout les exacerbations qui se montrent plus tard, établissent entre elles quelque analogie et expliquent pourquoi on les confond si souvent. Cependant, à part cette ressemblance grossière, la différence est radicale.

Ces deux fièvres, dans beaucoup de cas, s'associent et exercent même l'une sur l'autre une influence qui peut devenir fâcheuse. Dans d'autres circonstances,

au contraire, dès que l'élément rémittent est enlevé, la fièvre typhoïde semble évoluer très-rapidement vers la guérison : ces deux affections ont donc entre elles des rapports de complication. Nous avons déjà dit que, dans ces faits complexes, le diagnostic se tire non-seulement des symptômes propres à ces deux maladies, mais aussi de leur marche et de l'action du sulfate de quinine.

Ici se présente naturellement une question que nous considérons comme très-grave à cause des conséquences qu'elle peut avoir au point de vue de la nature de la fièvre typhoïde. La fièvre rémittente a-t-elle un rapport pathogénique avec la fièvre typhoïde? En d'autres termes : une fièvre rémittente peut-elle se traduire sous le masque d'une fièvre typhoïde, emprunter non-seulement son expression phénoménale, mais déterminer dans l'intestin les lésions caractéristiques de cette maladie? Nous ne le pensons pas. Parmi les nombreux malades que nous avons observés, quarante-deux ont pris du sulfate de quinine ; mais dans aucun de ces cas ce médicament n'a enrayé l'affection typhoïde. Le plus souvent celle-ci n'a pas été modifiée dans sa marche : c'est que probablement il n'existait pas de complication rémittente. Chez un plus petit nombre de malades, les exacerbations ont cédé à l'emploi de l'anti-périodique ; dès ce moment la maladie a évolué très-rapidement vers la guérison, mais jamais nous n'avons constaté la disparition brusque des phénomènes propres à la fièvre typhoïde.

On nous dira peut-être qu'il s'est rencontré des cas

dans lesquels la guérison a succédé immédiatement à l'administration du sulfate de quinine. De pareils faits peuvent s'observer, nous en convenons ; ce qui nous paraît contestable, c'est l'interprétation qu'on en donne. En effet, on les considère comme des fièvres typhoïdes de nature paludéenne ; mais, avant de s'arrêter à ce diagnostic, ne peut-on pas se demander, il nous semble, s'il ne s'agissait pas plutôt, chez ces malades, d'une simple complication rémittente, ou bien d'une fièvre typhoïde si bénigne qu'elle eût guéri même sans l'emploi de l'anti-périodique, ou bien encore d'une fièvre rémittente à laquelle se serait ajouté accidentellement un *état typhoïde ?*

Si l'on invoquait, comme preuve, des observations dans lesquelles, la maladie s'étant terminée par la mort, l'autopsie aurait révélé les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, l'objection serait plus sérieuse encore. Comment! dirions-nous, vous rencontrez les altérations propres à la fièvre typhoïde, vous avez constaté du vivant du malade les principaux symptômes de cette affection, vos individus étaient jeunes et nouvellement acclimatés, bien plus vous avez donné le sulfate de quinine qui est resté impuissant, et vous dites qu'il n'y a pas eu fièvre typhoïde, que tous ces phénomènes fonctionnels et organiques que vous décrivez si bien n'étaient là qu'un masque, qu'une pure forme très-trompeuse! Vous concluez, en un mot, à l'existence d'une fièvre rémittente ! Convenez plutôt que si, dans ces cas, il y a quelque chose de douteux, ce n'est nullement l'affection typhoïde, mais la fièvre rémittente. Peu nous importe de trouver des exacerbations.

Que de fois, en effet, ne sont-elles pas dues à la fièvre typhoïde elle-même ! Ce qui nous frappe surtout, c'est ce cortége de symptômes et de lésions qui se rapportent si bien à cette dernière maladie, c'est l'impuissance du sulfate de quinine, ce sont aussi les conditions étiologiques. Telles sont les bases de notre diagnostic. Admettre, malgré toutes ces données, l'idée de fièvre rémittente au détriment de la fièvre typhoïde, c'est enlever toute leur valeur aux causes, aux symptômes et aux altérations anatomiques.

On répète sans cesse que les symptômes sont trompeurs, que les lésions ne suffisent pas non plus pour caractériser une maladie ; cela peut être vrai dans quelques cas particuliers et surtout lorsqu'on considère les phénomènes morbides, fonctionnels ou organiques, d'une manière isolée ; mais dans les faits qui nous occupent, alors que les lésions intestinales si caractéristiques de la fièvre typhoïde existent, peut-on dire qu'il ne s'agit pas de cette maladie ? Autant vaudrait-il affirmer, ce nous semble, qu'un individu qui a les poumons farcis de tubercules n'est pas atteint de phthisie pulmonaire, qu'un malade dont le poumon est hépatisé n'a pas eu une pneumonie. Encore moins sera-t-on autorisé à le dire si, en même temps que les lésions intestinales, on rencontre les symptômes de la fièvre typhoïde.

On objectera, peut-être, qu'on voit fréquemment des maladies chroniques servir de masque à des états morbides divers, à des diathèses surtout, et que la fièvre intermittente est parmi les maladies celle qui présente le plus souvent les métamorphoses les plus étranges ? Mais

une telle analogie ne peut pas être acceptée; dans les faits dont nous parlons, la maladie n'est qu'une forme; dans une névralgie, dans une névrose, dans une pneumonie, etc., il n'y a rien de spécifique; et même rien d'essentiel. Ces maladies sont constituées par un groupe de symptômes ou de lésions dépendant d'états morbides très-variables; on ne peut donc pas les comparer avee la fièvre typhoïde.

Mais, dira-t-on, la phthisie, le cancer, maladies spéeifiques s'il en fut, servent quelquefois de masque à la syphilis, pourquoi une fièvre rémittente ne se traduirait-elle pas sous les traits (fonetionnels et organiques) d'une fièvre typhoïde? Ici encore nous ne pouvons pas admettre l'analogie. Qu'une syphilis localisée sur le poumon simule une phthisie pulmonaire, qu'elle se traduise dans d'autres eas par une tumeur qui ressemble au cancer, c'est possible; mais dans ces faits il n'y a rien qui les fasse ressembler à eeux dont nous contestons l'existenee. En effet, dans tel cas de syphilis larvée, les symptômes peuvent être ceux de la phthisie; mais si le malade meurt, l'autopsie certainement ne révèlera pas de tubereules et lèvera tous les doutes. Dans tel autre, si l'on a cru à un cancer jusqu'au moment où le traitement a démontré la véritable nature de la tumeur, e'est que les earactères de eette lésion organique sont encore mal déterminés, et il y a lieu de penser qu'un jour viendra où nos moyens d'investigation plus puissants ne permettront pas cette confusion. Dans la fièvre typhoïde, au contraire, quoi de plus positif que l'altération de l'intestin, quoi de plus caractéristique! Le diagnostic

n'est-il pas de la dernière évidence, lorsque ces lésions coïncident avec les symptômes réputés pathognomoniques de cette maladie?

Ces analogies ne fournissent donc aucune preuve en faveur de l'existence d'une fièvre typhoïde de nature intermittente. Ah! si un jour on nous démontrait qu'il existe des varioles de nature paludéenne, des rougeoles, des scarlatines, etc., immédiatement enrayées dans leur évolution (éruption et fièvre) par le sulfate de quinine, peut-être une pareille analogie pourrait ébranler nos convictions. Et encore, ne suffirait-elle pas pour nous convaincre entièrement; nous demanderions aux faits des preuves plus péremptoires, en un mot des preuves directes. En attendant, il nous semble impossible d'admettre que la fièvre typhoïde, entité morbide par excellence, perde dans certains cas son cachet de spécificité, d'essentialité, et se trouve réduite au rang d'une forme morbide, au même titre qu'une névralgie, qu'une pneumonie, etc. Plût à Dieu, cependant, qu'il en fût ainsi! Le genre humain n'aurait qu'à y gagner, grâce à l'efficacité du sulfate de quinine.

Il existe de nombreux points de contact entre la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives (la variole en particulier). Nous les signalons à plusieurs reprises dans le cours de ce travail. Résumons-les rapidement.

Bretonneau, le premier, crut voir dans la marche de la fièvre typhoïde, dans ses caractères anatomiques et dans plusieurs autres circonstances une singulière analogie avec la variole, d'où le nom de *dothinentérie* qu'il lui imposa. « Ce rapprochement heureux, dit M. le doc-

teur Thirial[1], fut un trait de lumière qui vint éclairer d'un nouveau jour la maladie nouvelle; et, en effet, cette fièvre entéro-mésentérique, qui, dans l'esprit de son auteur, était une inflammation primitive et locale de l'intestin grêle, venait, dès-lors, se placer à côté des fièvres exanthématiques, et était, par conséquent, considérée comme une affection primitivement générale, qui, consécutivement, se localisait sur l'intestin. » Bretonneau, dans son parallèle, avait insisté sur les rapports que peuvent présenter la lésion intestinale et l'éruption variolique. Mais, depuis cette époque, on a signalé d'autres points de contact. On en trouve, en effet, dans l'étude des causes, des symptômes, de la marche, des lésions et du traitement. Ainsi envisagé, le parallèle entre ces deux maladies acquiert des proportions plus vastes et repose sur des preuves plus certaines.

1° L'immunité que confèrent ces deux affections après une première atteinte, le caractère contagieux qu'elles présentent, l'une exceptionnellement, l'autre d'une manière habituelle, n'établissent-ils pas, ce nous semble, de grandes analogies entre elles au point de vue de l'*étiologie ?*

Mais ce n'est pas tout, ces deux maladies ne sont-elles pas susceptibles de se développer d'une manière épidémique? Ne peuvent-elles pas aussi, dans quelques circonstances rares, il est vrai, naître d'une manière spontanée?

[1] Thirial, Mémoire sur la nature de la maladie dite fièvre typhoïde, inséré dans le Journal des connaissances médic.-chirurg., T. VI, p. 133.

Enfin, on sait que la jeunesse constitue une condition favorable à leur développement, et qu'il est très-rare de les voir se montrer chez des personnes avancées en âge.

2° Sous le rapport des *symptômes* et de la *marche*, les analogies sont également frappantes. En effet, ces deux affections parcourent des périodes distinctes qui ont une évolution déterminée et semblent se juger les unes les autres. Dans la période d'invasion, elles ont quelquefois des symptômes communs qui rendent le diagnostic différentiel très-difficile, et pendant la seconde période, on constate, dans les deux cas, des déterminations morbides sur la peau et sur la muqueuse de l'intestin, avec cette différence, toutefois, que, dans les fièvres éruptives, l'éruption cutanée l'emporte, et, dans la fièvre typhoïde, ce sont les lésions intestinales qui sont le plus accentuées.

Dans la variole, lorsque l'éruption s'est produite, et que les pustules s'enflamment, suppurent, il se développe une autre fièvre désignée sous le nom de fièvre secondaire, et qu'il vaudrait mieux appeler fièvre symptomatique, car elle est généralement en rapport avec le nombre des pustules. Dans la fièvre typhoïde, il y a quelque chose de semblable. Pendant la deuxième période, cette langue sèche qui rougit, ce pouls qui s'accélère, cette chaleur plus vive, tout cela ne rappelle-t-il pas la fièvre secondaire de la variole? Cette idée, que M. le docteur Barre émettait dans ses leçons, nous paraît reposer sur une observation attentive des faits. Ainsi, comme dans la variole, on peut admettre dans la fièvre typhoïde une fièvre secondaire qui est

symptomatique de l'altération des intestins ; ce qui constitue encore un point de rapprochement entre ces deux affections.

A côté de ces deux maladies, l'analogie permet aussi d'en placer une autre qui est leur diminutif, ou plutôt une forme bénigne et plus courte ; en effet, de même que l'on rencontre des cas très-légers de variole, de scarlatine et de rougeole, où ces états morbides sont bornés à un mal de gorge, à quelques pustules ou à un coryza, de même aussi l'on observe des fièvres typhoïdes légères qui se présentent sans mouvement fébrile, sans éruption lenticulaire, sans prostration des forces, sans ataxie : ces faits nous révèlent donc un nouveau point de contact entre la fièvre typhoïde et les maladies éruptives.

Il n'est pas jusqu'à la convalescence qui n'offre de l'analogie dans les deux cas ; pour peu que la fièvre typhoïde se prolonge au-delà du troisième septénaire, elle introduit dans l'économie, comme la variole, une sorte de diathèse purulente qui fait développer des abcès multiples. En outre, ces eschares, ces otorrhées et ces ulcérations de la cornée qui surviennent quelquefois à la fin de la maladie dans les deux cas, n'établissent-elles pas aussi un point de rapprochement très-grand entre elles ?

En temps d'épidémie, et même à l'état sporadique, on voit des cas isolés de fièvre typhoïde qui tuent rapidement avant que la maladie ait eu le temps d'arriver à la période d'ulcération ; que l'on rapproche ces faits de ces fièvres exanthématiques, de ces varioles malignes qui emportent le malade sans éruption confluente, avant

même toute éruption, et l'on aura d'autres points de contact.

3° Si l'on examine les *lésions*, on trouve encore d'autres analogies : ainsi, l'altération intestinale dans la fièvre typhoïde peut être comparée, au point de vue de son importance, au travail cutané qui caractérise les fièvres éruptives ; dans la variole, la rougeole, la scarlatine, le fait essentiel consiste dans la modification interne du système vivant, dans le mouvement fébrile ; l'éruption n'est pas un phénomène nécessaire ; c'est là un fait secondaire, contingent, qui peut manquer parfaitement ; ne voit-on pas aussi, dans la fièvre typhoïde, le mouvement fébrile précéder la lésion anatomique, et celle-ci faire défaut dans quelques circonstances ?

La lésion des follicules intestinaux elle-même permet d'établir une certaine analogie entre les deux maladies. Certainement on ne rencontre jamais dans les fièvres éruptives ce cortége de lésions si caractéristiques de la fièvre typhoïde ; mais on voit dans quelques cas de variole et de scarlatine un développement insolite des glandes isolées et des plaques de Peyer, on dirait presque un rudiment de l'altération de la fièvre typhoïde.

Si l'on considère les autres désordres organiques, n'est-on pas frappé de trouver dans les deux cas des lésions identiques ? Ces hypérémies des bronches et des poumons, ces pneumonies hypostatiques, ces congestions du cerveau et des méninges, que l'on rencontre souvent dans le cours des varioles graves, ne permettent-elles pas le rapprochement de ces deux maladies ? N'oublions pas non plus de signaler la défibrination du sang que l'on constate dans les deux cas.

Si l'on arrive à la *thérapeutique*, les analogies sont grandes encore. On sait que ces deux affections ont une marche inabréviable, qu'il est impossible de les enrayer, et que la nature seule fait tous les frais de la guérison. Combattre les complications, modérer l'intensité des actes morbides, en un mot simplifier la maladie et mettre la nature dans les conditions les plus favorables à la solution heureuse du mal, telle est la règle de conduite de l'homme de l'art dans l'un et l'autre cas.

Ainsi, les causes, les symptômes, la marche, les lésions et la thérapeutique, nous fournissent de nombreuses preuves de l'analogie de ces deux maladies.

Mais n'exagérons pas, et sachons reconnaître qu'elles présentent cependant quelques différences.

Et d'abord le virus et le vaccin de la fièvre typhoïde sont encore à trouver. Il ne faut pas néanmoins désespérer. Qui sait si un jour on ne les découvrira pas !

De plus, la fièvre dans la variole est synergique; après l'apparition de l'éruption cutanée, elle n'est entretenue que par l'inflammation dermoïde et la suppuration des pustules. La preuve, c'est que si la variole est très-discrète, s'il n'existe que de très-rares pustules, la fièvre d'invasion cesse immédiatement après l'éruption. Dans la fièvre typhoïde, la fièvre est continue, et n'offre pas cette rémission que l'on constate dans la variole.

Nous ne croyons pas que l'on puisse accorder à l'altération intestinale dans la fièvre typhoïde une importance éliminatrice et dépuratoire comme à l'éruption cutanée dans la variole.

Enfin, la lésion intestinale ne saurait être comparée dans son évolution à l'éruption variolique; il n'y a entre elles que des ressemblances grossières. En effet, l'éruption dans la variole parcourt des phases successives, bien déterminées; rien de semblable n'a lieu dans l'altération des follicules intestinaux: c'est ce que nous démontrons plus loin en appréciant la valeur des lésions de la fièvre typhoïde.

Ces différences nous paraissent peu importantes à côté des nombreux points de contact que nous avons mentionnés; aussi nous considérons l'analogie entre ces deux maladies comme un fait incontestable et désormais acquis à la science.

Si nous avons insisté sur ce point, qu'on ne croie pas que ce soit par esprit de spéculation et pour poursuivre des analogies plus ou moins subtiles. Les rapports dont nous venons de parler nous paraissent conformes aux faits observés; d'ailleurs, nous sommes convaincu que ce n'est qu'en rapprochant la fièvre typhoïde de la variole qu'on arrivera à bien établir son essentialité et à mieux comprendre sa thérapeutique.

Conclusions.

Des considérations cliniques qui précèdent, nous nous croyons autorisé à déduire le tableau synthétique suivant:

La fièvre typhoïde est une fièvre essentielle, spécifique, pouvant devenir contagieuse et épidémique, ne se manifestant habituellement qu'une fois dans la vie,

sur des sujets adolescents, et particulièrement sur ceux qui sont soumis à l'influence de l'acclimatement, ayant une évolution qui ne peut être généralement arrêtée, et présentant, d'une part, un cortége de symptômes spéciaux qu'on peut diviser en trois périodes distinctes, et dont les principaux sont : une prostration considérable des forces, la stupeur, les rêvasseries, les vertiges, le délire, l'hémorrhagie nasale, les râles sibilants, les taches rosées lenticulaires, la diarrhée, le météorisme et le gargouillement ; et de l'autre, un ensemble de lésions, dont les plus caractéristiques sont : l'altération spéciale des follicules isolés et agminés de l'intestin, celle des ganglions mésentériques et de la rate, l'hypérémie des principaux viscères et une tendance à la mortification des tissus.

RECHERCHES
ANATOMO-PATHOLOGIQUES
SUR LA
FIÈVRE TYPHOÏDE.

PREMIÈRE PARTIE.
OBSERVATIONS.

« On ne peut rien en médecine que par des faits bien observés. »

LOUIS, *De l'examen des malades* (*Mém. de la Soc. méd. d'observat.*, T. I, 1837.)

CHAPITRE Ier.
Observations de fièvre typhoïde.

PREMIER GROUPE.
Absence d'ulcérations dans l'intestin.

Dans les observations qui suivent, à l'exception toutefois des deux qui sont empruntées à Virchow, il n'y a pas eu d'ulcérations dans l'intestin : on n'a rencontré que des plaques de Peyer plus ou moins épaissies. Dans les deux premières, les plaques de Peyer sont seules altérées ; les quatre autres nous montrent la coïncidence de la lésion des plaques de Peyer avec celle des follicules isolés.

§ Ier. *Les plaques de Peyer sont seules altérées.*

Dans un premier cas, on a constaté la forme gaufrée, et dans un second, les formes gaufrée et réticulée.

OBSERVATION Ire.

Fièvre typhoïde, symptômes ataxiques et adynamiques; hydrothérapie; anti-spasmodiques et toniques; mort le 23e jour. Engouement pulmonaire; quatre plaques de Peyer épaissies, engorgement des ganglions mésentériques. (Service de M. le professeur Fuster.)

B... (Alexandre), fusilier au 4e régiment de ligne, né à Mayer (Maine-et-Loire), entre à l'hôpital Saint-Éloi le 18 juin 1857, (salle Saint-Lazare, lit No 1).

Antécédents. — Jeune soldat, incorporé depuis quatorze mois, 22 ans, constitution bonne. Rougeole, il y a un an.

Début. — Le 11 juin 1857, après avoir éprouvé pendant trois semaines environ, du malaise et des symptômes d'embarras gastriques qui nécessitent l'emploi d'un vomitif, il présente de la diarrhée, une grande faiblesse, du brisement dans les jambes et une soif très-grande. Absence d'épistaxis et de vertiges.

Etat actuel. — Le 11e jour, prostration, décubitus dorsal, stupeur légère, chaleur et sécheresse de la peau, fréquence du pouls; langue sèche, un peu brune à la base, rouge à la pointe et sur les bords, soif considérable, diarrhée, toux légère, râles sibilants. (Affusion d'eau froide sur la tête pendant deux minutes; bain de pieds pendant la durée de l'affusion; lavement émollient; cataplasme émollient sur l'abdomen; décoction blanche.)

Marche. — Le 13e jour, taches rosées lenticulaires sur l'abdomen; les jours suivants, insomnie, agitation, stupeur de plus en plus marquée; langue brunâtre, très-sèche, encroûtée; fréquence du pouls très-grande; persistance de la diarrhée, gargouillement; ballonnement du ventre; le 19e jour, fixité du regard, délire tranquille pendant la nuit; réponses difficiles, surdité, tressaillement des tendons, oppression notable; les jours suivants, délire furieux, suivi de coma, mouvements convulsifs dans les muscles de la face et dans les membres, selles involontaires; mort le 23e jour.

Traitement. — L'ataxie a été combattue par les affusions froides, par le camphre; l'adynamie par le quinquina; la diarrhée et l'irritation abdominale par la décoction blanche, les cataplasmes émollients placés sur l'abdomen, les lavements émollients; la fluxion vers l'appareil respiratoire et l'abdomen, par les cataplasmes sinapisés aux pieds, les vésicatoires aux jambes et aux bras.

Nécropsie faite 25 heures après la mort.

Tête. — Le cerveau n'est pas examiné.

Poitrine. — Les deux poumons présentent un léger engouement à leur partie postérieure; le parenchyme offre dans ces points une coloration d'un rouge brunâtre; le tissu crépite et surnage; les autres parties des poumons sont saines. Le cœur a le volume normal, ses parois sont flasques et ramollies; il ne renferme pas de caillot, le sang paraît diffluent.

Abdomen. — Dans l'estomac, il n'y a rien de particulier à noter: la muqueuse de l'intestin grêle est injectée dans sa moitié inférieure; l'injection est uniformément répandue. On constate près de la valvule iléo-cœcale une plaque de Peyer présentant l'altération qu'on appelle gaufrée; cette plaque est elliptique, très-saillante et dure; non loin d'elle, mais à une distance plus grande de la valvule, on trouve trois autres follicules agminés dont l'altération est moins avancée; ces plaques sont beaucoup moins saillantes, elles ont l'aspect réticulé. Il n'y a, dans l'intestin grêle, aucune ulcération, ni aucune altération des follicules isolés. Le gros intestin est à l'état sain. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume et rouges. La rate est un peu développée et friable. Les autres organes abdominaux n'offrent aucune lésion appréciable.

OBSERVATION II.

Fièvre typhoïde, compliquée d'état gastrique; forme adynamique, gangrène des vésicatoires, exacerbation dans l'après-midi ; insuccès du sulfate de quinine; mort subite le 14e jour. Plaques de Peyer réticulées et gaufrées, engorgement des ganglions mésentériques, embolie de l'artère pulmonaire. (Service de M. le professeur Courty.)

L....., âgée de 18 ans, douée d'un tempérament lymphatique, d'une constitution bonne et d'une complexion assez forte, est née de parents inconnus.

Elle a habité pendant 17 ans un petit village du département de l'Aveyron, où elle avait été envoyée en nourrice dés son enfance. Depuis un an seulement, elle est rentrée à l'hôpital de Montpellier.

Réglée à 13 ans, elle n'a jamais été malade; elle ne signale non plus dans ses antécédents aucune manifestation diathésique.

Le début de la maladie eut lieu le 6 septembre 1862. Il fut précédé, pendant une vingtaine de jours de prodromes caractérisés par de l'inaptitude au travail, de la faiblesse dans les jambes, du brisement, une céphalalgie occipitale. En même temps il existait tous les signes d'un état gastrique, tels que : inappétence, amertume de la bouche, enduit épais de la langue, suffusion jaune de la face et des sclérotiques, constipation. (Vomitif, purgatif répété quinze jours après, une tasse d'infusion de rhubarbe tous les matins.)

Le 6 septembre, elle entre à l'infirmerie (salle Sainte-Philomène, lit N° 10) et présente les symptômes suivants : affaissement, décubitus dorsal, stupeur légère, titubation, vertiges, rêvasseries, lenteur des réponses, bourdonnement des oreilles, fièvre intense, diarrhée. (Bouillon maigre, orge et chiendent, cataplasme sur le ventre, un quart de lavement deux fois.) Le 4e jour, taches rosées lenticulaires sur le thorax et l'abdomen ; le 7e jour, délire nocturne, sudamina, fausses membranes blanchâtres et plaque noirâtre sur les deux vésicatoires qui avaient été appliqués au bras deux jours auparavant. Depuis le début, on remarque tous les jours une exacerbation (chaleur plus intense, animation de la face, fréquence du pouls augmentée).

Le 9e jour, nous constatons les phénomènes morbides suivants :

Décubitus dorsal, affaissement, stupeur assez marquée, intelligence troublée, réponses lentes, délire tranquille la nuit, bourdonnement des oreilles, vertiges; suffusion jaune très-prononcée des sclérotiques, de l'ovale inférieur du visage; les pommettes présentent une coloration rouge foncé ; chaleur élevée de la peau ; pouls à 108, petit, régulier; taches rosées lenticulaires nombreuses, plus confluentes à la partie supérieure du thorax que sur l'abdomen; sudamina autour du cou, quelques-uns remplis d'un liquide lactescent ; gangrène des vésicatoires du bras; langue sèche, rugueuse; fuliginosités des lèvres, dents hâlées, liséré blanc sur la gencive inférieure;

oppression marquée, trente-six inspirations par minute, râles sibilants abondants des deux côtés de la poitrine en avant et en arrière; ballonnement considérable du ventre, sa tension empêche de percevoir le gargouillement; trois selles depuis hier. (Deux tasses décoction de quinquina coupées avec le lait; bouillon et vin de Bordeaux.)

Du 10e au 13e jour, pendant la nuit, sueur abondante et délire furieux, se calmant le matin et remplacé pendant le jour par un peu de somnolence; la malade se couche indifféremment sur le côté ou sur le dos; la stupeur est marquée, la surdité notable, la chaleur élevée; le pouls petit, fréquent (100 à 112); il y a de l'oppression (36 inspirations par minute); râles sibilants et ronflants abondants, perçus même à distance de la malade; langue sèche, rugueuse, brunâtre au milieu; météorisme considérable, persistance des taches rosées, trois selles liquides chaque jour. Le soir, animation de la face, chaleur plus élevée, pouls un peu plus fréquent (8 pulsations de plus). Le 12e et le 13e jour, il y a un peu de délire dans la journée. (Bouillon et vin de Bordeaux, dix pilules contenant un gramme de sulfate de quinine et 0,10 d'extrait de valériane, vésicatoire camphré à la jambe, frictions avec l'huile de camomille camphrée.)

Le 19 septembre, 14e jour. — Nuit agitée, délire; ce matin décubitus sur le côté gauche, langue très-sèche, ballonnement notable du ventre, chaleur peu marquée, pouls à 88, pas de selles cette nuit (continuation du sulfate de quinine).

Quatre heures du soir. — Il y a eu dans la journée moins d'agitation qu'hier et que cette nuit, chaleur modérée; pouls à 92 et très-petit, décubitus dorsal, prostration grande, un peu de dysphagie. La malade répond encore assez bien à nos questions, et rien ne faisait prévoir une fin prochaine. En ce moment, on donne à boire à la malade (décoction de quinquina); elle avale assez bien le liquide, mais aussitôt la respiration devient stertoreuse; elle fait cinq ou six inspirations avec expiration violente, comme si elle cherchait à rejeter un corps étranger obstruant les bronches; la respiration se suspend pendant une minute, la face se cyanose, le pouls devient imperceptible, une autre inspiration très-profonde a lieu, mais elle est la dernière: la malade était morte.

Nécropsie faite 18 heures après la mort.

Etat extérieur. — Peu de maigreur ; ballonnement considérable du ventre ; plaie des vésicatoires.

Tête. — Les méninges offrent un peu d'injection et la cavité de l'arachnoïde contient quelques cuillerées de sérosité ; la substance cérébrale est ferme ; l'incision n'y révèle pas de congestion. Les ventricules latéraux renferment une petite quantité de sérosité, et les vaisseaux qui rampent sur les planchers de ces cavités sont injectés.

Poitrine. — Les deux poumons présentent de l'emphysème sur leur bord antérieur, leur surface est blanche et bosselée en avant, un peu rouge à la partie postérieure ; le parenchyme est très-léger, il crépite partout. Il n'y a pas de congestion. Les bronches sont remplies d'une spume blanchâtre ; la muqueuse est rouge jusque dans les petites ramifications. Le cœur n'offre rien de particulier à noter dans sa substance ; les cavités sont vides ; il n'y a pas de caillots ; le sang est noirâtre et diffluent.

L'artère pulmonaire renferme un sang spumeux. Examinée avec soin, elle présente dans ses ramifications, du côté droit, trois petits caillots emboliques, irréguliers, de volume variable. Ces concrétions sanguines, dont la plus considérable mesure un centimètre et demi de long, sont en partie décolorées et en partie d'un rouge foncé ; leur texture est molle, mais ils paraissent avoir une consistance plus ferme à l'extérieur. Ces fragments fibrineux n'adhéraient nullement aux parois de l'artère.

Abdomen. — Les intestins sont distendus par des gaz. L'œsophage ne présente rien de particulier. L'estomac renferme une petite quantité de liquide; sa muqueuse offre une rougeur générale. Dans toute l'étendue de l'intestin grêle, on remarque une injection très-prononcée, formant une arborisation remarquable par sa configuration. La lésion des plaques de Peyer commence à deux mètres environ du pylore ; on compte vingt-cinq plaques plus ou moins altérées. Les huit premières sont ovalaires, petites, réticulées, et ne présentent qu'une très-légère saillie. Les dix-sept suivantes sont encore réticulées; elles sont un peu plus saillantes, épaissies, mais molles et en général petites, à l'exception de six plaques qui offrent une longueur de quatre centimètres. Enfin, les trois dernières plaques situées sur une étendue de douze centimètres à la fin de l'iléon

sont très-prononcées ; l'une d'elles a huit centimètres de long sur trois de large ; les deux autres sont à peu près arrondies, plus épaisses que les premières, d'un aspect grisâtre, et présentent un peu de ramollissement de la muqueuse. Il n'y a pas d'ulcérations. Toutes les plaques que nous venons de décrire sont placées à l'opposite de l'insertion du mésentère, et leur diamètre longitudinal est dirigé dans le sens de l'axe de l'intestin. Nous avons dit que la muqueuse était rouge dans toute son étendue, toutes les plaques offrent aussi une injection prononcée. Dans le gros intestin, on trouve une injection de la muqueuse, à sa partie supérieure, dans une étendue de vingt centimètres environ. Les ganglions mésentériques sont engorgés, tuméfiés, rouges; les plus gros, qui ont le volume d'une noisette, correspondent à l'extrémité inférieure de l'iléon, leur substance est ramollie. La rate est hypertrophiée, elle a une longueur de quinze centimètres et une largeur de sept centimètres ; elle est très-ramollie, très-friable. Le foie a une consistance normale, il n'est pas augmenté de volume. Les reins sont hypérémiés et sont un peu plus développés qu'à l'état normal. L'utérus, les ovaires et les trompes sont congestionnés ; un petit kyste siége sur l'ovaire gauche.

Chez cette jeune fille, la mort est arrivée brusquement le 14e jour ; elle a eu lieu par syncope. Ce jour-là, la malade paraissait aller mieux, et quelques minutes avant sa mort rien ne faisait prévoir une fin si prochaine. Elle venait de causer avec nous, lorsqu'elle fit quelques inspirations bruyantes et profondes qui furent suivies de la mort. L'autopsie nous révéla une embolie de l'artère pulmonaire dans le poumon droit. Nous n'hésitons pas à la regarder comme la cause de la mort.

Dans ces derniers temps, on a signalé l'influence de certaines maladies, des fièvres en particulier, sur la production des concrétions sanguines.

Il n'est pas rare de rencontrer dans ces maladies des oblitérations veineuses ou des concrétions polypiformes, malgré l'état de défibrination du sang et sans qu'il soit possible

d'invoquer toujours des complications inflammatoires propres à augmenter la plasticité de ce liquide[1]. L'explication est difficile à donner, mais pour le moment on doit se contenter d'enregistrer des faits. L'embolie de l'artère pulmonaire a été observée par Magnus Huss[2] et Virchow[3] dans le cours de la fièvre typhoïde. Ce dernier cite deux observations où la mort eut lieu subitement ; nous allons les reproduire.

OBSERVATION III.

Fièvre typhoïde ; thrombose de la veine sacrée moyenne; caillots d'origine ancienne dans l'artère pulmonaire et l'oreillette droite ; mort presque subite.

Une fille de 23 ans, chlorotique, était atteinte d'une fièvre typhoïde latente, ainsi que l'a révélé l'autopsie. Elle avait éprouvé, entre autres symptômes, une douleur vive dans la région sacro-iliaque gauche. Frissons, fièvre, courbature, inappétence, constipation, pesanteur de la tête. Tous ces symptômes paraissaient s'amender, lorsque la malade est prise tout-à-coup, au moment où elle se lève pour uriner, d'un accès de syncope suivi de mouvements convulsifs. Cet accès se répète à trois ou quatre reprises et la malade succombe dans une de ces attaques.

A l'*autopsie*, on trouva dans l'oreillette droite un thrombus ayant le diamètre du petit doigt, sec, consistant, ridé à sa surface, de couleur gris-brun à l'extérieur, rouge foncé à l'intérieur, formé de couches concentriques, plusieurs fois replié sur lui-même et long de cinq pouces et demi.—Le tronc principal de l'artère pulmonaire du côté droit est rempli par un caillot volumineux qui se prolonge dans la plupart des divisions principales et qui est semblable à celui qu'on a trouvé dans le cœur : il a environ cinq lignes de diamètre et quatre pouces de long. En arrière, la lumière des vaisseaux est à peu près libre ; ils contiennent du sang liquide et çà et là des fragments fibrineux d'épais-

[1] Bucquoy, Des concrétions sanguines; Paris, 1863.

[2] Statistique et traitement du typhus, p. 205.

[3] *Thrombose und embolie, in gesammelte abandlungen zur wissenschaft medicin*; Frankfurt, 1856.

seur et de couleur variables; quelques-uns sont à cheval sur les éperons des anastomoses. Pas d'altération des parois de l'artère. Dans les derniers pieds de l'iléon, ulcération des plaques de Peyer, dont quelques-unes sont en voie de cicatrisation; gonflement des ganglions mésentériques. D'une veine sacrée moyenne part un caillot d'un pouce de long sur un quart de pouce d'épaisseur, qui s'avance dans la veine cave; ce caillot n'est que le prolongement d'un thrombus qui remplit la veine sacrée elle-même et adhère à ses parois; les parois de cette dernière veine sont épaissies et plongent dans un tissu induré situé en avant et à gauche du sacrum, dans la direction de la grande échancrure sciatique; le nerf sciatique est en partie compris dans ce tissu.

OBSERVATION IV.

Fièvre typhoïde; mort presque subite pendant la convalescence; caillots anciens dans l'artère pulmonaire; thrombose de la veine iliaque gauche.

Garçon de 24 ans, fièvre typhoïde assez grave. Le malade paraît convalescent depuis quelques jours; il a bien dormi; ventre mou, indolent, encore un peu de toux et quelques râles sibilants dans la poitrine; le pouls est intermittent sans être faible; l'intermission a lieu après trois battements; 80 pulsations.

A onze heures du soir, le malade, qui jusque-là avait bien dormi, se réveille, demande le bassin, fait une selle liquide et rend toute son urine. A peine avait-il fait cela et échangé quelques mots indifférents avec son voisin, qu'il est pris tout-à-coup de mouvements convulsifs du bras, fait quelques inspirations bruyantes et profondes, et meurt au bout de quelques minutes.

Autopsie. — Ulcérations des plaques de Peyer et des follicules isolés presque entièrement cicatrisés; gonflement des glandes mésentériques, surtout au voisinage du cæcum. Dans la branche principale de l'artère pulmonaire qui conduit au lobe inférieur du poumon droit, on trouve un caillot d'un pouce et demi de long en partie décoloré, ridé à l'extérieur, mou à l'intérieur, composé de couches concentriques avec une sorte de bouillie rougeâtre entre les couches; ce caillot n'adhère nullement aux parois du vaisseau qui sont tout-à-fait saines. A deux autres endroits, production analogue.

Les deux poumons sont congestionnés, œdémateux. Dans la veine iliaque droite, au-dessous de l'embouchure de l'iléo-lombaire, on voit adhérent à la paroi interne un caillot aplati, déchiqueté, correspondant par l'aspect et la forme avec le caillot contenu dans l'artère pulmonaire; au-dessous de lui, la membrane intérieure de la veine est fortement injectée. La veine iliaque gauche est remplie par un bouchon fibrineux de texture spongieuse, caverneuse, lequel se prolonge jusqu'à l'embouchure de l'hypogastrique sous forme d'un caillot encore récent, décoloré à la surface, mou au centre. On trouve aussi des caillots dans l'hypogastrique et l'iléo-lombaire gauche.

Chez notre malade, nous n'avons pas pu examiner les veines des membres inférieurs; il est probable que, si cet examen eût été fait, nous aurions trouvé des concrétions fibrineuses dans les vaisseaux éloignés, comme dans les deux observations empruntées à M. le professeur Virchow. C'est à lui, dit M. le docteur Ball [1], qu'appartient incontestablement l'honneur d'avoir démontré que, chez la plupart des sujets où l'obstruction de l'artère pulmonaire par des concrétions sanguines ne se rattache point à des lésions purement locales, il existe sur un point quelconque du système veineux des caillots de formation plus ou moins récente. La coagulation du sang dans les veines, qu'il désigne sous le nom de *thrombose*, serait le point de départ de l'obstruction pulmonaire : des fragments fibrineux entraînés par le torrent circulatoire seraient transportés dans le cœur droit, projetés dans l'artère pulmonaire, et, après avoir pénétré aussi loin que le permettrait leur volume, s'y fixeraient définitivement. Fondée à la fois sur l'observation clinique et la vivisection, cette théorie appartient en propre à M. le professeur Virchow, qui, le premier, en a fourni la démonstration complète.

[1] Benj. Ball, Des embolies pulmonaires. Paris, 1862, p. 15.

§ II. *L'altération des plaques de Peyer coïncide avec celle des follicules isolés.*

Nous citons quatre observations comme exemples de cette coïncidence. Dans les deux premières, il y a eu isolément des plaques de Peyer réticulées ou gaufrées; dans les deux dernières, ces plaques ont coexisté.

OBSERVATION V.

Fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique ; absence d'épistaxis, stupeur prononcée, éruption de taches rosées lenticulaires très-confluente ; délire furieux dès le 8e jour, puis somnolence ; mort le 17e jour. Douze plaques réticulées, tuméfaction des follicules isolés. (Service de M. le professeur Fuster.)

G..... (Jean), né à Vals-sous-Château (Puy-de-Dôme), entre à l'hôpital Saint-Eloi le 4 décembre 1861 (salle Saint-Lazare, lit No 5.)

Antécédents. — Agé de 24 ans, soldat depuis trois ans, à Montpellier depuis trois mois; tempérament lymphatique, constitution bonne; absence de maladies antérieures.

Début. — Le 1er décembre 1861, faiblesse générale, malaise, inappétence, vertiges, constipation, absence d'épistaxis.

État actuel. — Le 5e jour, prostration, stupeur, vertiges, rêvasseries, insomnie, céphalalgie frontale; chaleur de la peau élevée, fréquence du pouls notable; langue légèrement blanche, un peu sèche, soif; trois selles liquides, ventre tendu, un peu météorisé; absence de douleur et de gargouillement; toux légère, absence d'expectoration, râles sibilants abondants dans la poitrine des deux côtés. (Bouillon et crême de riz alternés chaque trois heures; infusion de fleurs de sureau édulcorée avec le sirop de limon, 90 grammes pour un litre; looch avec 0,05 d'extrait gommeux d'opium; bain de pieds sinapisé le soir.)

Marche. — Le 7e jour, taches rosées lenticulaires à la partie supérieure du thorax; le lendemain délire nocturne, pouls à 120, stupeur plus marquée; le 9e jour, éruption confluente de taches rosées sur l'abdomen et le thorax, le délire persiste, rétention d'urine, constipation; le 10e jour, délire plus tranquille, langue

très-sèche, diarrhée; on constate des taches rosées lenticulaires sur les membres; température à 39° centigrades; les jours suivants, carphologie, délire furieux la nuit, subdelirium pendant le jour; plus tard, somnolence, tressaillement des tendons, mouvements convulsifs des muscles de la face, symptômes pectoraux s'accentuant de plus en plus, râles sous-crépitants à la base des deux poumons en arrière; le 16e jour, sudamina, tremblement des membres, contracture, prostration excessive, pouls à 140, très-petit; mort le 17e jour.

Traitement. — Contre les accidents cérébraux, camphre et nitre, irrigations froides, cataplasmes froids sur l'abdomen, lavements froids; en vue de régulariser les mouvements fluxionnaires : bain de pieds sinapisé, vésicatoires aux bras et aux cuisses; lavements; limonade laxative.

Nécropsie faite 19 heures après la mort.

État extérieur. — Face cyanosée, intumescence notable du ventre, disparition des taches rosées lenticulaires et des sudamina, raideur cadavérique.

Tête. — Injection des méninges, absence de sérosité dans l'arachnoïde; la substance cérébrale présente à la coupe un aspect piqueté, sa consistance est normale; il n'y a rien de particulier à noter dans les ventricules.

Poitrine. — Les poumons offrent des signes de congestion dans leur lobe inférieur et surtout à la partie postérieure; le tissu dans ces régions a une coloration noirâtre, il est un peu friable, cependant il crépite et surnage; à la partie antérieure, les deux poumons sont emphysémateux, le tissu est blanchâtre et bosselé à la surface. Les bronches sont rouges dans toute leur étendue et la muqueuse un peu boursoufflée. Le cœur n'offre aucune lésion appréciable.

Abdomen. — Les intestins sont fortement distendus par des gaz; les matières qu'ils renferment sont jaunâtres et liquides. La muqueuse intestinale est injectée, mais l'injection n'est pas uniformément répandue; elle est disposée par plaques qui sont placées à des intervalles assez éloignés; toutefois, cette vascularisation n'est pas très-prononcée. Le nombre des plaques de Peyer altérées n'est pas considérable, on en compte en tout une douzaine; la première de ces plaques

siége à une distance de un mètre vingt centimètres de la valvule iléo-cœcale; la muqueuse qui la tapisse paraît boursoufflée. La dernière se trouve placée à un décimètre du cœcum. Ces plaques sont en général réticulées, oblongues, disposées dans le sens de l'axe; elles font très-peu de saillie à la surface de la muqueuse. L'une de ces plaques est circulaire, elle est rouge et présente la forme pointillée; on voit une série de petits points noirs répandus sur une surface rouge. Dans l'intervalle de ces plaques, on remarque de distance en distance des follicules isolés, tuméfiés et blanchâtres, ressemblant à des grains de riz. Le gros intestin est exempt de toute altération. Les ganglions mésentériques sont rouges et ramollis; ils ont acquis le volume d'une dragée. La consistance du foie paraît normale, sa coloration est jaunâtre; la rate est augmentée de volume; elle a une longueur de quinze centimètres. Les reins ne présentent rien de particulier.

OBSERVATION VI.

Fièvre typhoïde à forme ataxique compliquée d'état gastrique au début; absence d'épistaxis et de taches rosées lenticulaires; taches ombrées; délire furieux, coma, tremblement de tout le corps; mort le 8e jour. Seize plaques gaufrées, tuméfaction des follicules isolés, engorgement des ganglions mésentériques. (Service de M. le professeur Fuster.)

A.... (Auguste), né à Saint-Jean-de-Bruel (Aveyron), admis à l'hôpital Saint-Éloi le 22 mai 1857 (salle Saint-Vincent, lit N° 6.)

Antécédents. — Vingt-un ans, tisserand, séjour à Montpellier depuis un mois et demi seulement; constitution bonne; pas de maladies antérieures.

Début. — Le 20 mai 1857, malaise, faiblesse, céphalalgie et quelques vertiges; en même temps, symptômes d'état gastrique (inappétence, amertume de la bouche, nausées etc.), absence d'épistaxis.

État actuel. — Le 4e jour, stupeur légère, céphalalgie, insomnie, vertiges, chaleur de la peau vive; pouls fréquent (108), langue sèche, recouverte d'un enduit blanchâtre à la base, rouge à la pointe et sur les bords, soif, douleur à l'épigastre, constipation. (Bouillon et crême de riz, infusion de mauve et de tilleul, lavement émollient, cataplasmes sinapisés aux cuisses et aux mollets, cataplasme émollient sur l'abdomen.)

Marche. — Les jours suivants, on note du délire nocturne, de la dureté de l'ouïe, des tressaillements dans les tendons, une température très-élevée ; le thermomètre marque dans l'aisselle 41° centigrades; taches ombrées à la partie inférieure du thorax et à la partie interne des cuisses. Le 7e jour, coma profond, stupeur très-marquée, mouvements convulsifs des membres et du tronc. Mort le 8e jour.

Traitement. — Anti-spasmodiques, affusions d'eau froide sur la tête, quinquina, glace sur la tête, vésicatoires aux bras et à la nuque, lavement.

Nécropsie faite 24 heures après la mort.

Tête. — Les sinus de la dure-mère et les vaisseaux de la pie-mère sont remplis de sang noir, poisseux ; le cerveau présente à la coupe l'aspect piqueté peu prononcé, consistance de la substance cérébrale normale, il n'y a rien dans les ventricules.

Poitrine. — Le cœur et le péricarde sont sains; le sang est noir et diffluent. Adhérences pleurales anciennes des deux côtés de la poitrine. Les poumons sont fortement engoués dans leur partie postérieure; le tissu est rouge, mais il crépite et surnage; les bronches sont hypérémiées.

Abdomen. — La muqueuse de l'intestin grêle renferme dans son tiers inférieur seize plaques de Peyer épaissies, saillantes, ayant l'aspect gaufré; elles sont dures, ovalaires, et leur plus grand diamètre est dirigé dans le sens de l'axe de l'intestin ; ces plaques ne sont pas rouges, mais la muqueuse qui les entoure présente de l'injection. Dans l'intervalle des plaques de Peyer, on trouve quelques follicules isolés soulevés, arrondis et blanchâtres. Dans le gros intestin il n'y a pas de lésion. Les ganglions mésentériques sont rouges, augmentés de volume et ramollis. La rate est légèrement engorgée et son tissu très-friable. Le foie et les reins offrent de la congestion.

OBSERVATION VII.

Fièvre typhoïde; complication bilieuse: forme ataxique; lotions froides; anti-spasmodiques; éruption pustuleuse du sacrum, 15 jours de durée; mort. 37 plaques de Peyer réticulées et gaufrées; altération des follicules isolés.

K..... (Dominique), 23 ans, sapeur au 1er régiment du Génie,

né à Bourgaltroff (Meurthe), incorporé depuis deux ans, habite Montpellier depuis cette époque ; tempérament lymphatico-sanguin, constitution bonne, complexion forte ; jusqu'à l'âge de 5 ans, il a présenté des croûtes impétigineuses sur le cuir chevelu et sur la face. Depuis cette époque, il a joui d'une fort bonne santé.

Le 10 août 1862, sans cause appréciable, il fut pris dans la matinée de céphalalgie sus-orbitaire et d'une lassitude très-grande. En même temps, inappétence, diarrhée (deux ou trois selles liquides dans les 24 heures); agitation et rêvasseries la nuit. Les jours suivants, persistance des mêmes symptômes; exacerbation le soir, s'annonçant par une chaleur de la peau plus élevée et une céphalalgie plus intense. Le 3e et le 4e jour, épistaxis peu abondante. Ce militaire continue son service, mais avec peine. Le septième jour de la maladie il entra à Saint-Éloi (salle Saint-Lazare, lit N° 18), offrant les symptômes suivants :

Décubitus dorsal, sentiment de grande faiblesse, stupeur légère, vertiges, un peu d'hésitation dans les réponses, céphalalgie sus-orbitaire, suffusion jaune des sclérotiques et des sillons naso-labiaux, dents hâlées, langue humide, légèrement sale, inappétence, soif; chaleur vive de la peau, pouls fréquent et régulier, ventre légèrement ballonné, tendu; plusieurs selles liquides dans la journée. (Diète, limonade froide.)

17 août, 8e jour. — Subdelirium dans la nuit, persistant ce matin; stupeur plus prononcée que la veille, température de la peau élevée (39° $^{3}/_{5}$ au thermomètre, dans l'aisselle); pouls à 100 pulsations, dépressible, mais régulier; quelques légers tremblements des tendons; liséré blanc des gencives et encroûtement brunâtre commençant; langue rouge sur les bords et à la pointe sèche, rugueuse, présentant au milieu un enduit épais, brun jaunâtre; épistaxis légère ce matin, ventre fortement météorisé; trois à quatre taches rosées lenticulaires sous le sein droit; fosse iliaque droite douloureuse à la pression, absence de gargouillement, pas de selles. La percussion de la poitrine ne fournit rien de particulier à noter; mais l'auscultation fait percevoir en avant quelques râles sibilants et en arrière des deux côtés des râles muqueux limités à la base. (Bouillon froid, limonade froide, cataplasme émollient froid sur l'abdomen;

quart de lavement froid.) Les jours suivants, délire furieux; on est obligé de l'attacher; stupeur et prostration plus grandes, surdité, langue très-sèche, impossibilité de la sortir, fuliginosités, taches rosées lenticulaires nombreuses, gargouillement iléo-cœcal, diarrhée, selles involontaires, tremblement des mains, pouls fréquent (92 à 116), vif, régulier, chaleur élevée. (Camphre 1,25 et nitre 2,00 en potion.)

22 août, 13e jour. — Décubitus sur le côté droit; marmottement continuel, surdité complète, stupeur moins profonde; le malade suit du regard les mouvements qu'on fait autour de lui, il paraît moins indifférent à ce qui se passe, injection de l'œil gauche et légère projection en avant du globe oculaire; langue très-sèche, encroûtement brunâtre des lèvres prononcé, difficulté de sortir la langue et difficulté plus grande de la rentrer; le météorisme du ventre est toujours très-grand, taches rosées très-nombreuses sur l'abdomen et à la base du thorax, légèrement saillantes, disparaissant momentanément sous la pression, gargouillement dans la fosse iliaque droite; deux selles involontaires; érythème des fesses plus prononcé, avec éruption pustuleuse constituée par des taches rouges surmontées de phlyctènes; chaleur moins élevée que les jours précédents, peau sèche, pouls à 104, très-dépressible, assez régulier, tressaillements des tendons. (Même traitement, lotions avec une décoction de quinquina sur les régions fessières.)

Le 14e et le 15e jour, coma, anesthésie des membres, cyanose de la face, extrémités froides; pouls petit, irrégulier, à 140; oppression considérable. Mort le 15e jour, à midi.

Nécropsie faite 21 heures après la mort.

État extérieur. — Maigreur assez considérable, ventre météorisé.

Tête. — Pie-mère très-injectée surtout en avant; substance cérébrale d'une bonne consistance, mais piquetée; peu de sérosité dans les ventricules.

Poitrine. — Cœur sain. Les poumons présentent de l'emphysème en avant, ils sont engoués en arrière et sur les côtés; le droit est hépatisé, sa substance est rouge, ne crépite pas, se déchire plus facilement et gagne le fond de l'eau; à gauche, l'incision laisse

échapper une sérosité rougeâtre, un peu aérée. La muqueuse bronchique est injectée des deux côtés.

Abdomen. — Estomac sain, contenant un peu de liquide.

L'intestin grêle est distendu par des gaz fétides; il renferme une assez grande quantité de liquide jaunâtre. La muqueuse présente tout d'abord une légère injection; à environ deux mètres du pylore, les plaques de Peyer commencent à être altérées, de ce point à la valvule ileo-cœcale nous comptons trente-sept plaques. Les vingt premières sont légèrement réticulées, les unes circulaires, les autres allongées dans le sens de l'axe de l'intestin; quelques-unes acquièrent une longueur de sept à dix centimètres, les dernières offrent avec la forme réticulée un pointillé noir (forme barbe fraîche); dans leur intervalle, on constate un peu d'injection. Les dix-sept dernières plaques sont boursoufflées, saillantes, présentant la forme gaufrée; leur longueur varie de deux à cinq centimètres; de distance en distance ou note quelques follicules isolés qui sont boursoufflés. A partir de la trentième plaque (à environ vingt centimètres de la valvule), les follicules clos sont très-nombreux; il y a là une éruption très-confluente. Les trois dernières plaques de Peyer siégent près de la valvule; elles sont irrégulièrement arrondies, ayant trois centimètres de diamètre, boursoufflées, mais sans ulcération. Toutefois, la muqueuse qui les recouvre est ramollie; elles sont rouges, tandis que les premières étaient décolorées. Le cœcum est injecté et présente quelques petites ulcérations. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume; ils sont engorgés, d'un rouge tendre, ramollis à l'intérieur, le plus grand nombre a acquis le volume d'une aveline; quelques-uns, surtout ceux qui correspondent à la partie inférieure de l'intestin grêle, ont le volume d'une petite noix. Rate légèrement hypertrophiée, tissu ferme; reins et foie un peu hypérémiés.

OBSERVATION VIII.

Fièvre typhoïde latente; santé apparente excellente jusqu'au moment de la mort; mort subite. Congestion des méninges et des poumons; hypertrophie du cœur; vingt-huit plaques de Peyer épaissies, rouges; quelques follicules isolés altérés; engorgement des ganglions mésentériques; augmentation de volume et ramollissement de la rate.

Le 5 octobre 1862, on apporte dans la soirée, à l'amphithéâtre de

l'hôpital Saint-Éloi, le cadavre d'un jeune sous-officier, qui venait de mourir subitement.

L'*ouverture* du corps, faite 27 heures après la mort, nous révéla les lésions anatomiques suivantes :

État extérieur. — Raideur cadavérique prononcée, rougeur violacée de la partie postérieure du tronc, ballonnement du ventre.

Tête. — On constate seulement une légère injection des vaisseaux de la pie-mère ; la substance cérébrale offre une consistance normale, elle n'est pas sablée, les ventricules ne renferment pas de sérosité.

Poitrine.—Le cœur présente une hypertrophie considérable ; l'augmentation de volume porte sur la totalité de cet organe, les cavités sont beaucoup plus volumineuses que dans l'état normal et les parois sont également plus épaissies. Il n'y a pas de lésions dans les valvules, l'artère pulmonaire n'offre rien de particulier à noter. Les poumons, exempts de toute adhérence pleurale, sont fortement congestionnés en arrière ; ils ont une coloration rouge foncé. L'examen le plus minutieux ne révèle pas de noyaux apoplectiques.

Abdomen. — Les intestins sont fortement distendus par des gaz. On remarque à l'extérieur, sur la séreuse péritonéale qui les tapisse, des taches rouges, disséminées sur l'intestin grêle et correspondant à des plaques de Peyer altérées. L'intestin grêle étant ouvert, on constate à la fin de l'iléon, dans une étendue de quatre mètres environ, des plaques de Peyer altérées. On compte vingt-huit plaques épaissies, ayant la forme réticulée. Elles sont saillantes, comme boursoufflées, rouges, elliptiques et allongées dans le sens de l'axe intestinal ; quelques-unes présentent une longueur de quatre centimètres. Au voisinage de la valvule, deux de ces plaques sont ovalaires, plus larges que les précédentes et plus saillantes ; aucune d'elles n'offre la forme pointillée. De distance en distance et dans les intervalles qui les séparent, on trouve six follicules isolés, saillants, arrondis et rouges ; il n'y a pas d'ulcération. La muqueuse du gros intestin est parfaitement saine. Les ganglions mésentériques sont légèrement engorgés, ils offrent le volume d'une petite fève ; ils sont rouges et leur tissu paraît un peu ramolli. La rate est très-volumineuse, très-friable, elle est rouge à sa surface et mesure

vingt-cinq centimètres de longueur. Les reins sont légèrement hypérémiés; le foie paraît sain.

En pratiquant l'autopsie de ce malade, nous espérions rencontrer la muqueuse intestinale à l'état normal. Nous comptions avoir là une belle occasion de comparer des plaques de Peyer saines avec les plaques altérées que nous venions de constater sur le cadavre d'un sujet mort de fièvre typhoïde et autopsié le même jour. Nous étions loin de nous attendre à rencontrer sur le cadavre de ce malheureux sous-officier les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. Pour nous, l'autopsie faite, il n'y avait aucun doute ; ce jeune homme avait succombé à une fièvre typhoïde latente. La lésion intestinale, l'engorgement des ganglions mésentériques, le volume et le ramollissement de la rate, l'hypérémie des reins, des poumons et des méninges caractérisaient trop bien cette maladie pour que nous hésitions à admettre ce diagnostic.

Il restait à voir si les symptômes présentés par ce malade avant sa mort étaient ceux d'une fièvre typhoïde. Voici les renseignements qui nous furent fournis à la caserne le jour même de l'autopsie par les amis du sous-officier :

Ce jeune homme, âgé de 22 ans, sous-officier au 1er régiment du Génie, né en Algérie, habitait Montpellier depuis deux ans. Doué d'une complexion bonne, il abusait des boissons alcooliques et se plaignait souvent de palpitations. Il y a deux mois environ, il eut des accès de fièvre intermittente qui cédèrent à l'emploi du sulfate de quinine. Depuis lors, l'appétit paraissait diminué, mais il n'accusait pas de malaise; son camarade de chambre affirme qu'il dormait très-bien sans rêvasseries. Avait-il eu des épistaxis, de la diarrhée ? Les renseignements nous manquent à cet égard. Le jour de sa mort, il assiste à la revue dans la matinée, marche pendant deux heures, puis, écrit un long rapport sous la dictée du sergent-major. Vers midi, il se trouvait dans sa chambre causant tranquillement avec ses

amis ; tout-à-coup, sans aucune cause appréciable, il pousse un cri, perd sa connaissance et tombe, la respiration se suspend et la mort a lieu presque instantanément sans agonie aucune. On cherche à le ranimer à l'aide de tous les moyens excitants dont on peut disposer. Les sinapismes, la respiration artificielle, l'électricité restent sans effet; la mort n'était que trop réelle.

Il est à remarquer que ce militaire est mort pendant l'époque de l'inspection du Génie ; depuis un mois il se surmenait. Il attendait au premier jour sa nomination de sous-lieutenant ; entrer à l'hôpital en ce moment, c'eût été s'exposer à éprouver du retard dans son avancement : c'est ce qui expliquerait pourquoi ce militaire a continué ses occupations malgré ses souffrances, si toutefois il en a eu.

Un pareil fait est-il unique dans la science ? Nullement. M. Lombard de Genève a publié une observation qui a quelque analogie avec celle-ci [1]. Nous allons la reproduire.

OBSERVATION IX.

Fièvre typhoïde latente chez un jeune homme qui s'est suicidé et qui a pu, jusqu'à quelques heures avant sa mort, continuer ses occupations; épaississement des plaques de Peyer ; hypertrophie des follicules isolés ; engorgement des ganglions mésentériques.

Un ouvrier confiseur, âgé de 25 ans, établi à Genève depuis quelques mois, avait continué ses occupations et ne s'était plaint à personne d'éprouver aucun mal, lorsqu'un matin il s'absenta pendant quelques heures et fut se coucher sur son lit. Appelé à midi pour venir prendre son repas, il répondit qu'il allait descendre, et à l'instant même il se jeta par la fenêtre sur le pavé ; la mort fut instantanée à la suite de fractures nombreuses du crâne et des membres.

A l'*autopsie*...... la fin de l'iléon présenta tous les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde. A dater de deux ou trois pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouve la muqueuse parsemée

[1] Études cliniques sur divers points de l'histoire des fièvres bilieuses et typhoïdes (Gazette médicale, T. VII, 1839, page 136).

de points blancs assez nombreux et disposés à intervalles égaux et réguliers ; ces follicules hypertrophiés sont d'un blanc mat et font saillie dans l'intestin ; leur couleur tranche avec celle de la muqueuse qui est d'une teinte jaune uniforme, sans aucune arborisation ou injection dans toute l'étendue du petit intestin. Outre ces follicules isolés, on trouve un grand nombre de plaques boursouflées et tuméfiées d'un blanc mat et d'un tissu assez résistant. Ces plaques sont si nombreuses et si volumineuses autour de la valvule iléo-cœcale, qu'elles obstruent l'intestin et ne laissent passer qu'avec peine l'entérotome ; elles sont à peu près confluentes dans les cinq derniers pouces de l'intestin grêle, leur volume est de moins en moins considérable à mesure que l'on s'éloigne de la valvule.....

Il existe quelques plaques et quelques follicules dans le gros intestin, mais leur nombre et leur volume sont peu considérables. Les ganglions mésentériques sont volumineux dans les parties correspondant aux plaques gaufrées. La rate ne fut pas examinée.

Comme dans l'observation que nous avons recueillie, nous voyons ici un jeune homme qui présente toutes les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, et qui cependant a pu jusqu'à quelques heures avant sa mort continuer ses occupations et vaquer à ses travaux habituels, sans qu'aucun de ses camarades se soit aperçu qu'il était souffrant. Ces deux faits nous paraissent mettre hors de doute les cas légers de fièvre typhoïde.

DEUXIÈME GROUPE.

Ulcération des follicules clos, coïncidant avec des plaques de Peyer non ulcérées.

Nous citons dans ce groupe deux observations seulement : dans la première, la lésion des follicules isolés a coexisté avec des plaques de Peyer ayant la forme pointillée ; dans la seconde, il y a eu avec les follicules clos des plaques gaufrées et réticulées.

OBSERVATION X.

Fièvre typhoïde ; symptômes adynamiques prédominants ; otorrhée ; eschare au sacrum; pneumonie au 34e jour ; mort le 39e. Ulcération des follicules clos ; plaques de Peyer à forme pointillée. (Service de M. le Dr Guinier.)

S.... (André), né à Plosheim (Bas-Rhin), entre à l'hôpital Saint-Eloi le 10 septembre 1860 (salle Saint-Charles, lit no 12).

Antécédents. — Ce jeune soldat, âgé de 23 ans, engagé volontaire, est incorporé depuis deux ans. Il a fait la campagne d'Italie et habite Montpellier depuis six mois et demi environ. Doué d'une très-grande impressionnabilité, d'un tempérament nervoso-lymphatique, d'une constitution bonne et d'une complexion forte, il est issu de parents qui paraissent bien portants, mais il a présenté dans son enfance un engorgement des ganglions lymphatiques du cou. Depuis l'époque de la puberté, il est sujet aux épistaxis ; il raconte qu'il a eu à l'âge de 16 ans une fièvre intermittente qui dura un mois et céda à l'emploi du sulfate de quinine, et au mois de février dernier, une angine catarrhale qui se dissipa assez rapidement.

Début de la maladie actuelle. — Il eut lieu le 3 septembre 1860 : il fut précédé de prodromes pendant neuf jours ; le 25 août dernier, à la suite d'un refroidissement, il accuse un frisson léger et court qui est suivi de brisement dans les membres, de céphalalgie, d'épistaxis, de douleurs dans la région cervicale ; la déglutition devient douloureuse, l'appétit disparaît et il survient de la diarrhée; les jours suivants, ces symptômes persistent, les épistaxis se répètent.

Le 5e jour, les douleurs et la céphalalgie disparaissent ; le lendemain, le malade reprend ses occupations, mais il reste toujours un peu de dévoiement et beaucoup de faiblesse dans les jambes.

Le 3 septembre, il ressent de nouveau dans la soirée de légers frissons qui se montrent tous les soirs pendant plusieurs jours consécutifs ; en même temps, la faiblesse est extrême et le malaise plus grand ; la céphalalgie reparaît et prend une intensité très-grande ; il survient des vertiges, du trouble dans la vision, des bourdonnements d'oreilles ; l'appétit est nul, la soif très-vive et la diarrhée beaucoup plus marquée (le malade a tous les jours dix selles liquides verdâtres). Les nuits sont mauvaises et le sommeil est très-agité. Les

jours suivants, les symptômes acquièrent un peu plus d'intensité; le malade prétend aussi qu'il a éprouvé tous les jours dans la matinée une exacerbation qui se caractérisait par une sensation de chaleur vers la tête et des étourdissements plus grands.

Le traitement a consisté dans l'emploi de frictions calmantes dans la région du cou, et d'un vomitif qui fut donné le 4 septembre.

État actuel. — 8e jour. A son entrée à Saint-Éloi, il offre les symptômes suivants : décubitus dorsal, prostration, faiblesse très-grande, traits profondément altérés, physionomie triste, mais pas de stupeur, vertiges, vue trouble, bruits dans les oreilles; absence de céphalalgie depuis quelques instants, suffusion jaunâtre de la face plus marquée au niveau des sillons, langue large, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre assez épais, bouche amère et empâtée, inappétence, soif, tremblement des lèvres et de la langue, ventre très-chaud, ballonné, indolore, une selle liquide ce matin, urines rouges, brûlantes au passage; toux fréquente, crachats séro-muqueux, striés de sang, râles sibilants en avant plus prononcés pendant l'expiration et du côté droit, obscurité du murmure vésiculaire à gauche en arrière, et matité correspondante; chaleur de la peau vive, pouls très-fréquent (104), vif, régulier et un peu dépressible. (Diète, infusion de mauve et de tilleul, vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine en arrière.)

Le 10e jour, rêvasseries, lenteur des réponses, quelques taches rosées lenticulaires sur l'abdomen, gargouillement iléo-cœcal; dyspnée, crachats muqueux légèrement striés de sang, râles sibilants des deux côtés de la poitrine, et de plus, à droite râles sous-crépitants; pouls à 112. (Tisane de mauve et de tilleul, infusion : ipécacuanha, 2 grammes, etc.)

Le 12e jour, le malade commence à délirer; le délire continue dans la journée, la stupeur se prononce davantage, il y a un peu plus d'affaissement, les dents sont fuligineuses et la langue sèche.

Le 15e jour, le délire se calme, les selles sont encore involontaires, les râles sibilants et sous-crépitants sont moins nombreux. (Potion avec la résine de quinquina et le sulfate de quinine.)

Le 21e jour, délire nocturne, un peu de somnolence dans la journée, sudamina sur l'abdomen et à la partie supérieure du thorax;

taches rosées moins apparentes, langue humide, gargouillement; râles sonores et sibilants, en avant et en arrière; mais de plus, râles sous-crépitants en arrière; pouls à 112. (Bouillon vineux, crême de riz, potion avec la résine de quinquina, lavement émollient, cataplasme émollient.)

Le 25e jour, le délire persiste, la stupeur est très-marquée; les réponses du malade sont difficiles à comprendre, les lèvres sont tremblantes, la langue est humide, le ventre indolore, météorisé; il y a du gargouillement et des selles involontaires. Le pouls est à 104; on constate du tremblement dans les tendons, des râles ronflants et sibilants dans la poitrine, des taches bleuâtres sur l'abdomen et à la partie interne des cuisses et une eschare au sacrum (Bouillon vineux, crême de riz, vin vieux, une bouteille d'eau de Sedlitz, pansement de l'eschare avec la décoction de quinquina.)

Le 27e jour, l'affaissement est très-grand, le malade est dans un état de somnolence continuel, il survient une otorrhée du côté droit. Le 28e et le 29e jour, il paraît plus calme, il cause assez bien et demande à manger. Cet amendement paraît coïncider avec l'emploi du musc (un gramme de musc sur un looch de 120 grammes qu'on fait alterner avec la potion précédente). Le 30e jour, le délire reparaît, les selles sont toujours involontaires, il y a de la rétention d'urine.

Le 34e jour, on constate une pneumonie, matité du côté gauche très-étendue et souffle tubaire; râles sous-crépitants à droite, râles sibilants en avant, crachats muqueux; il n'y a eu ni frisson, ni douleur de côté; pouls à 112; la diarrhée persiste, l'eschare est en voie de cicatrisation, le malade est assez tranquille. (Vésicatoires sur la poitrine.) — Le 35e jour, la figure est meilleure, il n'y a pas de délire ni de tremblement des tendons; les réponses sont bonnes, la langue est humide, l'écoulement de l'oreille a cessé, mais l'état de la poitrine est le même; pouls à 120. (Bouillon, jus de viande, vin vieux, eau et sirop de groseille, potion avec la résine de quinquina.)

Le 37e jour, le délire reparaît; selles involontaires, ventre souple, chaleur modérée, pouls à 116, petit, très-dépressible, souffle tubaire moins intense, quelques râles sous-crépitants de retour. Le

38e, le délire persiste, le pouls est de plus en plus petit; mort le 39e.

Nécropsie faite 24 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Maigreur extrême; au sacrum eschare de vingt centimètres de large sur douze de long présentant une tendance manifeste à la cicatrisation; au niveau du grand trochanter gauche, autre eschare de sept centimètres de long sur cinq de large, le tissu mortifié n'est pas encore éliminé; sur le trochanter droit, rougeur vive ayant les mêmes dimensions que l'eschare du côté gauche. Les vésicatoires ne sont pas gangrénés.

Tête. — La consistance du cerveau est légèrement diminuée.

Poitrine. — Le poumon gauche est splénisé, fortement engorgé. Le tissu du lobe inférieur ne crépite pas, il est friable et gagne le fond du vase; il ne présente pas l'aspect granuleux du tissu de l'hépatisation. L'engouement de la partie inférieure du lobe supérieur est beaucoup moins prononcé; le sommet de ce poumon crépite encore un peu; du muco-pus s'écoule des bronches divisées. Le poumon droit ne crépite qu'au sommet, toutes les autres parties sont engouées, mais à un faible degré; le tissu n'est pas friable, il nage encore, les bronches renferment un liquide séro-purulent. Il y a un peu de sérosité épanchée dans le péricarde; le cœur est plus volumineux qu'à l'état normal; l'hypertrophie porte non-seulement sur les parois de cet organe, mais encore sur la cavité du ventricule gauche; la capacité des oreillettes est plus grande. Le tissu du cœur est décoloré, sa consistance est normale, il n'y a rien aux valvules.

Abdomen. — L'estomac est distendu par des gaz; l'intestin grêle est ratatiné en plusieurs points, il présente à l'extérieur, au voisinage de la valvule iléo-cœcale une rougeur assez vive. La muqueuse de l'estomac est décolorée, celle de l'intestin grêle est parsemée de distance en distance de plaques d'injection assez étendues. Les follicules sont sains dans la plus grande étendue de l'intestin grêle; mais à la fin de l'iléon sur une étendue de soixante centimètres, on trouve quelques plaques à forme pointillée et plusieurs taches brunâtres siégeant sur des follicules isolés. Dans cette région, on constate aussi des follicules isolés ulcérés et à bords affaissés; le fond de l'ulcération est blanchâtre, sa dimension varie depuis un millimètre jusqu'à un centimètre de diamètre. Leur nombre ne dépasse

pas 27 ; ces follicules altérés siègent surtout au voisinage de la valvule, la muqueuse qui les sépare est très-injectée. L'intestin grêle renfermait un liquide jaunâtre biliforme, le gros intestin est rempli de matières fécales demi-molles ; la muqueuse est un peu rouge. Les ganglions mésentériques sont assez durs, ils offrent un léger gonflement et une rougeur brunâtre. Le foie est volumineux, son tissu présente une coloration jaunâtre qui lui donne l'aspect du foie gras ; la vésicule du fiel est distendue par de la bile. La rate est peu ramollie, le pancréas est très-dur.

OBSERVATION XI [1].

Fièvre typhoïde latente à forme abdominale ; complication des états gastrique et rémittent qui, par leur prédominance, masquent les symptômes typhoïdes ; absence d'épistaxis, de taches rosées, de râles sibilants ; mort le 27e jour. Quatorze plaques de Peyer épaissies, sept follicules isolés ulcérés ; engorgement ganglionnaire ; congestion du cerveau et de ses enveloppes. (Service de M. le docteur Pécholier.)

C... (Auguste), sapeur au 1er régiment du Génie, admis à l'hôpital Saint-Éloi le 5 août 1865 (salle Saint-Barthélemy, lit nº 28).

Ce militaire, incorporé depuis deux ans, âgé de 25 ans, doué d'une constitution faible et d'une complexion assez bonne, a été plusieurs fois malade. Il a présenté pendant une dizaine de jours des prodromes caractérisés par de la faiblesse et des symptômes d'état gastrique. Au début de sa maladie, les phénomènes fébriles offrent le type rémittent et c'est en vue de cette complication qu'on donne au quartier le sulfate de quinine. A son entrée à Saint-Éloi, on constate un état gastrique (suffusion jaune de la face, langue saburrale, amertume de la bouche, etc.) prononcé, associé avec des symptômes d'irritation intestinale (douleur abdominale, gargouillement, diarrhée). Les jours suivants, les symptômes gastriques diminuent, mais alors les exacerbations se dessinent dans l'après-midi. Le 5e jour, un vomitif avait été donné ; le 8e et les jours suivants, on administre le sulfate de quinine. Cette médication paraît avoir

[1] Les observations 11, 24 et 35 ont été publiées par M. le Dr Pécholier, professeur-agrégé. Voir : Réflexions cliniques sur les fièvres typhoïdes, etc. Mémoire inséré dans le *Montpellier médical*, T. XI, pp. 301 et 397, T. XII, p. 13.

de bons effets, car dès le 11e jour la fièvre a disparu et le malade semble convalescent. A partir du 14e jour, on lui permet des aliments solides; mais le 22e jour, la fièvre et les phénomènes abdominaux reparaissent et persistent les jours suivants; l'alimentation est suspendue. Le 26e jour, on donne le sulfate de quinine pour éviter une rechute; mais dans la journée le malade éprouve une syncope, qui se répète le soir à deux reprises; le lendemain, nouvelle attaque syncopale et mort.

Nécropsie faite 20 heures après la mort.

État extérieur. — Rigidité cadavérique très-grande, météorisme considérable du ventre.

Tête. — Injection notable des vaisseaux de la pie-mère, existant principalement au niveau des lobes antérieurs du cerveau, et plus marquée du côté droit que du côté gauche. Le cerveau est piqueté; la toile choroïdienne et les plexus choroïdes sont gorgés de sang; il n'y a pas de sérosité dans les ventricules, le bulbe rachidien présente une injection vive, sa substance offre à l'incision un aspect piqueté très-prononcé.

Poitrine. — Le cœur paraît légèrement augmenté de volume; il renferme du sang liquide et noirâtre; il n'y a pas de caillots. Les poumons offrent dans leur partie postérieure et inférieure de l'engouement; le tissu est très-rouge dans ces points; en l'incisant, on voit s'écouler un liquide rougeâtre; il crépite et ne présente pas de noyau d'hépatisation. La muqueuse bronchique est rouge.

Abdomen. — Sur la muqueuse de l'intestin grêle, on trouve sept ulcérations, situées au voisinage de la valvule iléo-cœcale; elles intéressent seulement la muqueuse; elles sont circulaires, ont un diamètre de cinq millimètres en moyenne, et siégent sur des follicules isolés; les bords de ces ulcérations sont soulevés, épaissis; la muqueuse est injectée tout autour. Dans la même région, on compte un grand nombre de follicules isolés, saillants, durs, arrondis. — Les plaques de Peyer ne présentent aucune ulcération; on ne constate qu'un simple épaississement. Quatorze de ces plaques sont tuméfiées; elles présentent une surface rouge, parsemée de petites granulations jaunâtres, qui donnent à la glande un aspect chagriné; elles sont elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, et la mu-

queuse qui les entoure est le siége d'une injection considérable. Une quinzième plaque offre la forme réticulée. — Les ganglions du mésentère sont rouges, augmentés de volume et ramollis. — La rate est volumineuse et diffluente. Le foie et les autres viscères abdominaux sont sains.

Dans cette observation, nous ne trouvons pas tous les symptômes de la fièvre typhoïde. A l'exception de la diarrhée, du gargouillement et de la douleur abdominale, tous les autres ont manqué. Il n'y a pas eu de titubation, ni de rêvasseries, ni de vertiges ; point d'épistaxis, absence des taches rosées lenticulaires, des râles sibilants, etc.. On se demande si les deux complications qui existaient dès le début (l'état gastrique et l'état rémittent) n'ont pas été la cause d'un tableau symptomatique si incomplet. Quoi qu'il en soit, on doit regarder cette observation comme un exemple de fièvre typhoïde *latente*. Les conditions étiologiques, les symptômes abdominaux, et surtout les lésions anatomiques, nous autorisent à établir un pareil diagnostic.

Ce fait nous prouve encore qu'il n'y a pas de corrélation entre les symptômes et les lésions; il démontre aussi que les altérations de l'intestin ne sont pas primitives. Si, comme l'ont prétendu bien à tort certains auteurs, la lésion intestinale était le point de départ de la maladie, comment se fait-il que dans ce cas-ci, avec des ulcérations intestinales, avec des lésions assez profondes, les symptômes de la fièvre typhoïde aient manqué?

TROISIÈME GROUPE.

Ulcération des plaques de Peyer.

Nous partageons en trois catégories les cas de fièvre typhoïde qui ont présenté des plaques de Peyer ulcérées.

§ I. *Les plaques de Peyer sont seules altérées.*

Dans les trois observations qui suivent, il n'y a eu que

des plaques de Peyer altérées : dans la première, on n'a trouvé que des ulcérations ; dans la seconde, on a rencontré simultanément des plaques réticulées et ulcérées, et dans la troisième, des plaques réticulées, gaufrées et ulcérées.

OBSERVATION XII[1].

Fièvre typhoïde, taches rosées, pétéchies, hémorrhagie intestinale, ataxie et adynamie ; mort le 25e jour. Ulcération d'un grand nombre de plaques de Peyer. (Service de M. le professeur Dupré et de M. le docteur Girbal.)

L..., fusilier au 4e de ligne, 22 ans, complexion forte, tempérament lymphatique, incorporé depuis quinze mois, est en garnison à Aniane depuis six mois.

Le 13 août 1857, il entre à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Charles, N° 2). Il arrive d'Aniane, et raconte que, depuis quatre jours, il éprouve des vertiges, des rêvasseries, de la diarrhée et une grande faiblesse. A l'examen, on constate : de la fièvre, de l'affaissement, un peu de stupeur, la rougeur de la langue sur les bords et à la pointe, le liséré des gencives, de la soif, de la diarrhée, du gargouillement iléo-cœcal. (Bouillon coupé, limonade.) — Les jours suivants : insomnie, stupeur plus marquée, surdité légère, apparition de taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et des râles sibilants, diarrhée plus marquée. (Bouillon, eau vineuse, décoction blanche de Sydenham.) — Le 11e jour, délire nocturne. — Le 14e jour, le délire continue, la surdité est plus grande, la chaleur vive, le pouls fréquent, la langue sèche, le ventre tendu ; il y a de la diarrhée et les taches rosées sont toujours apparentes. (Bouillon coupé, eau vineuse, limonade gommée, cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs pendant la nuit.)

Pendant les dix derniers jours, tous ces symptômes s'aggravent : la stupeur est excessive, la prostration très-grande, la surdité devient complète ; le délire, qui est léger pendant le jour, est un

[1] Les observations 12 et 23 ont déjà été publiées. Voir : Études cliniques sur les principales maladies observées à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, du 22 août au 1er novembre 1857, par M. Girbal, professeur-agrégé.

peu plus intense la nuit ; la peau est chaude et le pouls petit et fréquent ; il y a des soubresauts des tendons et un tremblement des lèvres ; la langue est sèche, fendillée, recouverte, ainsi que les lèvres, d'un enduit noirâtre. On observe beaucoup de dyspnée, des râles sibilants et ronflants, sans expectoration ; du météorisme de l'abdomen, des selles fréquentes, parfois sanguinolentes; les taches rosées ont pâli, mais des pétéchies s'observent sur divers points du corps. La mort a eu lieu le 25e jour. — Les moyens suivants ont été successivement employés : bouillon, vin vieux, décoction blanche de Sydenham, limonade gommée, extrait de quinquina et acétate d'ammoniaque en potion, émulsions camphrées, vésicatoires aux bras, frictions avec la teinture de quinquina camphrée sur les membres, quarts de lavement avec une décoction de ratanhia amidonée, etc.

A l'*ouverture* du corps, l'encéphale et ses enveloppes n'offrent rien de particulier à noter.

Les poumons sont fortement engoués dans leur moitié inférieure, mais le tissu crépite et surnage. Le cœur renferme un sang liquide et diffluent ; il n'y a pas de caillots.

Les intestins distendus par des gaz présentent à l'extérieur, de distance en distance, des taches bleuâtres correspondant aux follicules clos altérés. La muqueuse de l'intestin grêle n'offre qu'un peu d'injection dans sa première moitié ; dans la deuxième, on trouve de nombreuses ulcérations elliptiques ou circulaires placées à l'opposite de l'insertion mésentérique, ayant des dimensions variables ; mais, en général, le plus grand diamètre est dirigé dans le sens de la longueur de l'intestin. Quelques-unes de ces ulcérations sont entourées d'une auréole noirâtre, d'autres renferment de la matière jaune ; chez plusieurs le fond de l'ulcération n'est formé que par le péritoine. — Le gros intestin est parsemé d'ulcérations de profondeur et de dimensions variables. — Les ganglions mésentériques sont engorgés et ramollis. — La rate est un peu plus volumineuse, mais son tissu conserve la densité normale. — L'estomac, le foie et les reins ne présentent rien à noter.

OBSERVATION XIII.

Fièvre typhoïde; forme ataxique; symptômes pectoraux très-prononcés; adynamie; constipation au début; absence de taches rosées; exacerbations dans les derniers jours; mort le 23e jour. Plaques réticulées; ulcérations; hépatisation des deux poumons. (Service de M. le professeur Fuster.)

B..., cultivateur, 18 ans, né dans le département de la Lozère, habite Montpellier depuis un an.

Issu de parents bien portants; tempérament lymphatique; complexion faible; croûtes impétigineuses du cuir chevelu et otorrhée dans son enfance.

Début. — Le 6 décembre 1861, il éprouve le soir de la céphalalgie et saigne du nez; la nuit est agitée. Le lendemain il accuse beaucoup de malaise et de faiblesse; la céphalalgie persiste; il vomit spontanément des matières amères, tousse et expectore des matières muqueuses. Les symptômes continuent les jours suivants, et, le 9 décembre (4e jour), il entre à Saint-Éloi (salle Saint-Vincent, lit N° 33).

État actuel (4e jour). — Décubitus dorsal; prostration; délire tranquille; stupeur; pupilles contractées; rougeur des pommettes; langue rouge aux bords et à la pointe, blanchâtre à la base et pointillée de rouge; soif, inappétence, vomissement, constipation, douleur à la pression dans les fosses iliaques; chaleur vive, pouls à 108; dyspnée considérable; toux; expectoration muqueuse; râles sibilants et ronflants, abondants en arrière, des deux côtés. (Tisane d'orge oxymellée; saignée du bras de 200 grammes; irrigations froides une heure après pendant une minute; cataplasme émollient sur le ventre; lavement.) — Le lendemain le délire continue; il y a par moments un peu d'agitation; langue sèche; râles sous-crépitants à la base des deux poumons; dyspnée; 40 inspirations par minute; pouls à 100, dépressible; chaleur élevée. — Les jours suivants délire furieux, mouvements convulsifs des lèvres et des mains.

Le 11e jour le délire persiste, la stupeur est marquée; fuliginosités des lèvres; une selle; ventre légèrement météorisé; la peau n'est pas chaude; il y a 112 pulsations; l'oppression est très-grande, et toujours l'on constate des râles sous-crépitants en arrière. (On con-

tinue les irrigations; un vésicatoire à chaque bras; deux tasses de décoction de quinquina édulcorée avec le sirop de limon; limonade; lavement froid; cataplasme froid.)

Le 12e jour, il commence à répondre assez bien à quelques questions qu'on lui adresse; l'oppression est toujours grande.

Le 14e jour, il y a eu encore du délire dans la nuit et des selles involontaires. Dans la journée le malade est assez calme, il comprend ce qu'on lui dit; il se couche indifféremment sur les côtés; on constate plusieurs furoncles au niveau du sacrum et des fesses; le pouls est à 106. (On suspend les irrigations.)

Le 16e jour, il éprouve un frisson très-intense vers midi; à trois heures la chaleur est élevée, le pouls très-fréquent (146), vif, la face animée; il tousse toujours, et l'on constate des râles sous-crépitants en arrière; la physionomie est plus intelligente, le délire a cessé; il cause très-bien; surdité légère, diarrhée.

Le 17e et le 18e jour l'exacerbation reparaît; elle est précédée de frisson. (On donne le sulfate de quinine.)

Le 19e jour, le délire se montre de nouveau; la stupeur et la prostration sont plus prononcées; le pouls est à 116; le ventre se météorise; on note un commencement d'eschare au sacrum. (On reprend les irrigations froides, et en même temps frictions avec la pommade suivante : sulfate de quinine, 4,00; axonge, 16,00, à diviser en quatre paquets.) Les jours suivants, l'exacerbation se montre dans l'après-midi; le délire continue. (On suspend les irrigations; limonade vineuse; vin sucré; potion avec la résine de quinquina.)

Le 22e jour, insomnie, stupeur très-grande, mouvements convulsifs des muscles de la face, tremblement des tendons, facies hippocratique, narines pulvérulentes, fuliginosités des dents et des lèvres, langue sèche, brune; météorisme considérable. — L'examen de la poitrine révèle une matité absolue en arrière de la poitrine et à la base des deux côtés, mais plus prononcée à droite; il y a un souffle bronchique très-prononcé; on ne constate pas de râles; toux fréquente, absence d'expectoration. — Le malade meurt le lendemain dans la matinée.

Nécropsie. — Il y a de la raideur cadavérique; la maigreur est prononcée.

Tête. — Les méninges sont congestionnées ; le cerveau, de consistance normale, offre un léger piqueté rouge.

Poitrine. — Des adhérences très-fortes existent à la base du poumon gauche ; on en rencontre aussi à droite, mais elles ne résistent pas. Des deux côtés on constate une hépatisation notable. A droite et à gauche, elle occupe tout le lobe inférieur et presque tout le lobe supérieur. Le tissu pulmonaire est friable, il ne crépite pas, et gagne le fond de l'eau. Dans les points non hépatisés, il y a de l'emphysème ; le cœur est sain.

Abdomen. — L'intestin présente de distance en distance quelques arborisations légères. A deux mètres de la valvule, en se dirigeant vers elle, on commence à rencontrer des plaques de Peyer altérées. Six sont arrondies et présentent l'aspect de barbe fraîche ; quatre, de forme ovalaire, sont réticulées ; enfin, les cinq dernières, ovalaires et réticulées comme les précédentes, offrent de plus un commencement d'ulcération. — La dernière siége tout près de la valvule. Ces plaques ont leur plus grand diamètre dirigé dans le sens de l'axe intestinal. — Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés et ramollis. Ceux qui avoisinent la valvule, plus ramollis que les autres et d'aspect rougeâtre à l'intérieur, ont presque le volume d'un œuf. — La rate est plus volumineuse et ramollie. Le rein gauche est hypérémié et plus volumineux. Le rein droit est situé plus bas qu'à l'état normal. Le foie augmenté de volume dépasse les fausses côtes de quatre centimètres environ ; son tissu est friable et un peu jaunâtre.

OBSERVATION XIV.

Fièvre typhoïde ; état gastrique au début ; forme ataxo-adynamique ; absence des taches rosées lenticulaires ; mort le 23e jour. Plaques de Peyer réticulées, gaufrées et ulcérées ; ulcérations dans le gros intestin. (Service de M. le professeur Dupré.)

C... (Adélaïde), domestique, 17 ans, née dans le département de l'Hérault : constitution faible ; tempérament lymphatico-nerveux ; pas de maladies antérieures ; excès de travail.

Le 7 juillet 1857, elle entre à l'hôpital Saint-Éloi (salle Sainte-Marie, lit N° 15) ; elle raconte qu'elle éprouve depuis treize jours environ du malaise, un sentiment de faiblesse très-grand et de la

céphalalgie. L'examen permet de constater le 14e jour de l'affaissement, de la stupeur, de la céphalalgie frontale ; la langue est large, recouverte à la base d'un enduit brunâtre ; elle tend à sécher ; la soif est vive ; l'épigastre douloureux ; le ventre tendu, douloureux à la pression ; il y a de la diarrhée depuis le début ; la chaleur est vive, le pouls fréquent (100). On trouve quelques soubresauts des tendons ; la malade tousse un peu, ne crache pas, et l'auscultation révèle quelques râles sibilants ; il n'y a plus de taches rosées. (Bouillon coupé ; eau et sirop de groseille ; un demi-lavement émollient.)

Les jours suivants, la stupeur devient plus marquée ; il y a de l'insomnie ; la malade hésite à répondre et les mouvements sont lents ; la langue est rouge sur les bords et sèche ; le ventre se météorise ; la diarrhée persiste.

Le 16e jour ; on donne un vomitif (ipécacuanha 1,00, et tartre stibié 0,02). Le 17e jour, elle prend l'infusion d'ipécacuanha ; ce jour-là le délire survient.

Pendant les six derniers jours, on constate du délire pendant la nuit et de la somnolence dans la journée ; parfois le délire est furieux ; cependant lorsqu'on l'interpelle, la malade comprend ce qu'on lui dit ; le décubitus est dorsal ; la prostration est excessive ; la langue est brune et sèche ; les lèvres sont fuligineuses ; le ventre est très-météorisé ; les selles deviennent involontaires ; les taches rosées font défaut ; le pouls est irrégulier, fréquent (108 à 120) ; il y a des soubresauts dans les tendons ; hémorrhagie nasale peu abondante.

Le 22e et le 23e jour, toux ; râles sibilants. (Vésicatoires aux jambes, limonade gommée ; potion avec l'extrait de quinquina.) Le 23e jour, il survient de la rétention d'urine et une dyspnée extrême ; le malade s'éteint dans le coma.

Nécropsie. L'*encéphale* et les *méninges* ne présentent rien de particulier à noter ; il n'y a pas de congestion ; la substance cérébrale a sa consistance normale et les ventricules ne renferment pas de sérosité.

Les *poumons* sont légèrement rouges à leur partie postérieure, mais il n'y a pas de congestion bien manifeste.

L'*intestin* grêle renferme au voisinage de la valvule iléo-cœcale

un grand nombre de plaques de Peyer altérées : les unes sont réticulées ;· d'autres sont épaissies, saillantes et dures ; enfin, celles qui avoisinent la valvule sont ulcérées ; elles sont placées à l'opposite de l'insertion mésentérique ; elles ont des dimensions variables. Dans le gros intestin, on trouve quelques ulcérations irrégulières. — Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume, rouges et ramollis. — L'état des autres viscères n'est pas noté.

§ II. *Les follicules isolés sont également altérés.*

Nous avons vu l'ulcération des plaques de Peyer coïncider avec le gonflement et avec l'ulcération des follicules isolés. C'est ce que démontrent les observations suivantes :

A. Ulcération des plaques de Peyer et gonflement des follicules isolés.

OBSERVATION XV.

Fièvre typhoïde simulant au début une fièvre rémittente; forme adynamique; rechute par suite d'un excès dans l'alimentation; mort le 28e jour. Plaques réticulées et gaufrées; ulcérations intestinales; engorgement des ganglions mésentériques. (Service de M. le docteur Pastureau, médecin principal.)

S... (Joseph), né dans le département de la Moselle, 25 ans, habite Montpellier depuis deux ans ; incorporé depuis trois ans dans le 1er régiment du Génie ; tempérament lymphatico-nerveux, complexion bonne. Il n'a eu antérieurement qu'une fièvre intermittente de courte durée à l'âge de 15 ans.

Le 21 août 1862, il est admis à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Barthélemy, No 15), présentant une fièvre continue avec exacerbations venant le soir.

Le début avait eu lieu six jours auparavant. Le malade accusait depuis lors de la faiblesse, des vertiges, des rêvasseries, de la céphalalgie, de la diarrhée. A son entrée, on trouve de la stupeur, de la céphalalgie, des rêvasseries, une suffusion jaune des sclérotiques, de la rougeur de la langue, du gargouillement, et une douleur abdominale à la pression, etc. Il n'y a pas eu d'épistaxis.

En présence des exacerbations qui se montrent régulièrement tous les jours, on se demande s'il ne s'agirait pas d'une fièvre rémit-

tente. Pendant quatre jours on donne le sulfate de quinine, mais les exacerbations continuent à se montrer. Le 9e jour, on constate des taches rosées sur l'abdomen et sur le thorax; la prostration devient de plus en plus marquée; alors aussi on trouve des râles sibilants et ronflants dans la poitrine; la langue devient sèche, les dents et les lèvres sont fuligineuses, le ventre se météorise et la diarrhée alterne avec la constipation. (Eau et sirop de capillaire, julep, cataplasmes et lavements émollients, infusion d'ipécacuanha.) Vers la fin du troisième septénaire, ce malade allait mieux; la convalescence semblait prochaine, mais le 24e jour il se procure des aliments solides. Sous l'influence de cet excès dans l'alimentation, la diarrhée redouble, le météorisme est excessif, la fièvre devient plus marquée, la stupeur et l'adynamie augmentent; il survient du délire. En même temps il y a pendant quatre jours des épistaxis peu abondantes, les râles sibilants et ronflants sont plus prononcés, le délire continue, l'adynamie fait des progrès, et le malade succombe le 28e jour. (Vésicatoires aux mollets, aux cuisses et aux bras; décoction blanche ou eau de Sedlitz, suivant qu'il y a diarrhée ou constipation; potion avec la résine de quinquina 8. 00.)

Nécropsie faite vingt heures après la mort.

État extérieur. Commencement de putréfaction sur les parois abdominales; ballonnement du ventre.

Crâne. Injection très-légère de la pie-mère; consistance normale de la substance cérébrale; absence de piqueté.

Poitrine. Adhérences pleurales des deux côtés, plus prononcées à droite qu'à gauche; les deux poumons sont un peu emphysémateux dans leur bord antérieur; en arrière et sur leur partie latérale, ils ont un aspect rouge vineux; le tissu est fortement congestionné, il crépite assez et surnage; les bronches sont remplies d'une sérosité spumeuse très-abondante, la muqueuse bronchique est rouge.

Abdomen. Les intestins sont distendus par des gaz; la muqueuse de l'estomac est un peu rouge; l'altération des plaques de Peyer commence à vingt centimètres environ du duodénum; on compte vingt-sept plaques elliptiques, ayant le plus grand diamètre dirigé suivant l'axe de l'intestin; leur dimension varie entre deux et huit centimètres; le plus grand nombre n'a que trois centimètres; trois

d'entre elles sont boursoufflées, épaissies, mais molles; viennent ensuite des plaques gaufrées, faisant une plus grande saillie dans l'intestin, dures, au nombre de quatorze; sur onze de ces plaques, on remarque des points ulcérés; ces ulcérations sont la plupart petites, lenticulaires; mais l'une d'elles, située sur la quarante-quatrième plaque, à quinze centimètres de la valvule iléo-cœcale, a un diamètre de six à sept centimètres; la muqueuse a disparu sur tous les points ulcérés; les bords sont circulaires et taillés à pic; enfin, de distance en distance, on note un peu de rougeur de la muqueuse; l'injection est plus marquée vers la fin de l'intestin; il y a aussi des follicules isolés hypertrophiés: on en compte une dizaine. Les dernières plaques de Peyer sont seules rouges; les premières (c'est le plus grand nombre) sont pâles. Le gros intestin offre seulement un peu d'injection.

Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume, rouges; les plus gros avoisinent la fin de l'intestin grêle. La rate est hypertrophiée; elle mesure vingt-un centimètres de long sur dix-huit de large; elle est très-friable. Le foie est sain et les reins sont un peu congestionnés.

OBSERVATION XVI.

Fièvre typhoïde à forme adynamique; symptômes pectoraux marqués; absence de stupeur et de taches rosées; mort le 31e jour. Ulcération des plaques de Peyer; hypertrophie des follicules clos; engorgement des ganglions mésentériques, (Service de M. le professeur Dupré.)

M.... (Jean), né dans le département du Cantal, soldat au 4e régiment de ligne, est en garnison à Aniane. Agé de 22 ans, doué d'un tempérament lymphatique et d'une constitution bonne, il n'a jamais été malade.

Le 4 juillet 1857, il prend un bain froid. Pendant trois jours, il se sent brisé, faible; il se fatigue aisément et éprouve de la céphalalgie. Le 7 juillet, il a un accès de fièvre caractérisé par un frisson qui dure trois heures et qui est suivi de chaleur et de sueur. L'accès s'accompagne de malaise, de fatigue plus grande et de céphalalgie; la bouche est pâteuse et la soif vive. Les jours suivants, l'accès se montre tous les soirs, et pendant l'accès la céphalalgie s'exaspère. On lui fait prendre un vomitif et quelques jours après un purgatif.

Mais le mal continuant, on l'envoie à l'hôpital de Montpellier, où il arrive le neuvième jour de sa maladie (salle Saint-Charles, lit N° 15) dans un état de faiblesse et de prostration extrêmes; céphalalgie, réponses bonnes, suffusion jaune de la face et des sclérotiques, langue blanche, soif vive, chaleur considérable, pouls fréquent, diarrhée (bouilon coupé, limonade, eau de Sedlitz). Les jours suivants, il y a de l'insomnie, de la céphalalgie, la langue se sèche, devient brune; la diarrhée continue; on constate des râles sibilants, mais on ne trouve pas de taches rosées lenticulaires. On remarque le matin un peu de rémission, on donne le sulfate de quinine, mais ce médicament reste impuissant; les exacerbations continuent.

Le 19e jour, décubitus dorsal, prostration, céphalalgie peu marquée, chaleur élevée, pouls fréquent, dyspnée, râles sibilants et ronflants en avant; ronflants, muqueux et sous-crépitants en arrière; toux fréquente, crachats muqueux, langue humide, ventre météorisé, cinq à six selles par jour. Les réponses du malade sont très-précises; il n'y a ni de la stupeur, ni des taches rosées (bouillon vineux, limonade vineuse alternée avec l'eau de veau additionnée de tartre stibié 0,05, acétate d'ammoniaque 5,00, oxymel 25,00).

Du 20 au 26e jour, l'affaissement est très-prononcé, le malade sue toutes les nuits; la céphalalgie persiste, langue sèche, pouls très-fréquent, météorisme du ventre, diarrhée. Le 27e jour, il survient du délire, mais il cesse quelques jours après; l'adynamie se prononce de plus en plus; le pouls est très-petit, filiforme, la chaleur très-vive; le malade succombe le 34e jour.

A l'*ouverture* du corps, on ne trouve rien de particulier à noter dans la cavité crânienne; dans la poitrine, les deux poumons présentent en avant de l'emphysème, ils sont rouges sur leur bord postérieur et légèrement congestionnés dans les parties déclives; le cœur est sain; l'intestin grêle renferme un petit nombre de plaques de Peyer épaissies et ulcérées au voisinage de la valvule iléo-cœcale: dans les intervalles qui séparent ces plaques altérées, on trouve un grand nombre de follicules hypertrophiés; dans le colon ascendant, on rencontre quelques ulcérations; les ganglions mésentériques sont rouges, augmentés de volume; l'état des autres organes n'est pas noté.

B. Ulcération des plaques de Peyer et des follicules isolés.

OBSERVATION XVII.

Fièvre typhoïde; irritation gastro-intestinale prédominante au début; complication bilieuse; forme adynamique; bronchite intense pendant toute la durée de la maladie; ataxie peu accentuée; mort le 18e jour. Plaques réticulées, gaufrées et ulcérations. (Service de M. le docteur Girbal.)

J.... (Nicolas), 22 ans, né dans le département de la Saône-et-Loire, sapeur au 1er régiment du Génie, incorporé depuis un an, habite Montpellier depuis cette époque; tempérament bilioso-sanguin, bonne constitution et forte complexion; parents bien portants: pas de maladies antérieures; travaux très-pénibles dans ces derniers temps.

Début. — Le début a lieu le 25 août 1862, il se caractérise par une céphalalgie très-intense, une grande faiblesse dans les membres inférieurs, l'insomnie, de la chaleur à la peau et de la diarrhée; il n'y a ni épistaxis, ni rêvasseries, ni exacerbations.

État actuel. — Le 5e jour, il entre à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Lazare, lit No 26). Le lendemain, il présente les symptômes suivants: décubitus dorsal, un peu d'affaissement, station debout impossible, paresse des mouvements, brisement général, stupeur légère, céphalalgie sus-orbitaire plus marquée du côté gauche, suffusion jaune des sclérotiques et de l'ovale inférieur du visage, pommettes offrant une plaque rouge couleur lie de vin; on constate un érythème général uniformément répandu sur toute la surface du corps, plus prononcé sur la partie supérieure du thorax que sur l'abdomen, mais plus marqué à la partie postérieure qu'en avant. Cette rougeur est presque framboisée; elle disparaît momentanément par la pression; elle se voit aussi sur les membres, mais seulement à leur partie interne et au niveau des articulations. Chaleur excessive, peau moite; pouls fréquent à 90, vif, régulier, souple; dents hâlées, amertume de la bouche, langue recouverte d'un enduit jaunâtre, un peu de rougeur à la pointe et sur les bords; soif modérée; une selle liquide ce matin; pas de douleur abdominale, pas de gargouillement. (Bouillon coupé; tisane d'orge gommée.)

Marche. — Les jours suivants, râles sibilants dans la poitrine; le

9e jour, délire tranquille la nuit, stupeur un peu plus marquée, langue très-rouge à la pointe et sur les bords; ventre rétracté, douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite, gargouillement; trois selles liquides; sept à huit taches rosées lenticulaires légèrement saillantes, situées à la base de la poitrine et sur l'abdomen; chaleur élevée, pouls à 96, dicrote; un peu de toux, râles sibilants et ronflants en avant et en arrière, des deux côtés de la poitrine. Le 10e jour, l'érythème n'est plus apparent que sur le dos; quelques taches rouges au sacrum. (Un vésicatoire à chaque bras; quatre bols camphrés et nitrés donnés de deux en deux heures; onctions sur l'abdomen avec l'huile de camomille camphrée.)

Du 12e au 17e jour, l'adynamie se prononce de plus en plus; le malade glisse vers le pied du lit; il reste des signes d'intelligence jusqu'au 16e jour; mais après cette époque le malade est indifférent à ce qui se passe autour de lui, il ne répond pas, ou bien ses réponses sont incompréhensibles; le délire se montre chaque nuit, il se calme pendant la journée; stupeur plus accentuée, surdité; pouls fréquent (96 à 106), dépressible, dicrote, irrégulier, parfois intermittent; chaleur élevée, oppression excessive (36 à 45 inspirations par minute). A l'auscultation, râles ronflants et sibilants; on les perçoit même en appliquant la main sur le thorax; langue rouge, sèche, épaissie; encroûtement brunâtre des dents et des lèvres; quelques plaques diphthéritiques dans la cavité buccale, gargouillement, météorisme considérable, diarrhée. (Bols camphrés et nitrés, collutoire avec le miel rosat et le borax.)

Le 17e jour, cyanose générale, paupière à demi close, renversement du globe oculaire en haut; pouls à 128, très-petit; peau froide; les taches ont pâli; gangrène des vésicatoires; érythème au sacrum.

Le 18e jour, décubitus en travers du lit, coma, dysphagie, respiration stertoreuse, facies hippocratique, sueur froide, cyanose, pouls imperceptible; mort à 10 heures du soir.

Nécropsie faite 18 heures après la mort.

État extérieur. — Maigreur prononcée; commencement de putréfaction sur l'abdomen; plaques gangréneuses sur les vésicatoires, plus marquées sur celui du bras gauche; érythème avec plaques noires au sacrum.

Crâne. — Un peu de liquide sous-arachnoïdien, évalué à deux ou trois cuillerées; notable injection des méninges; large plaque rouge de 6 centimètres de diamètre environ, siégeant sur la partie postérieure de l'hémisphère droit et ne disparaissant pas par le lavage; substance cérébrale fortement piquetée, consistance ferme; point de sérosité dans les ventricules.

Poitrine. — Les poumons sont parfaitement libres d'adhérences; leur bord postérieur et latéral est d'un rouge vineux à gauche et d'un rouge noirâtre à droite. La coloration noire est distribuée par plaques. Le tissu du poumon gauche crépite beaucoup en avant et bien moins en arrière; son engouement est notable; il est gorgé de sang, il est friable et surnage dans l'eau. Le poumon du côté droit est presque splénisé en arrière; il crépite très-peu, présente une coloration presque noirâtre, est assez friable; le tissu qui correspond aux points noirâtres gagne le fond de l'eau.

La muqueuse bronchique des deux poumons offre une coloration d'un rouge violacé; cette rougeur est très-prononcée dans toute l'étendue des bronches. Le cœur ne présente rien de particulier à noter.

Abdomen. — L'intestin est distendu par des gaz; quelques circonvolutions de l'intestin grêle, situées à la partie moyenne et antérieure, sont un peu injectées. Rougeur générale et assez intense de la surface interne de l'estomac; pas de ramollissement. La muqueuse intestinale est rouge dans son tiers supérieur, dans le reste de son étendue elle est pâle, à l'exception de quelques petits points injectés vers la fin de l'iléon. L'altération des plaques de Peyer commence à 70 centimètres environ du duodénum; on trouve vingt-sept plaques réticulées, situées toutes dans le sens de l'axe, plus ou moins ovalaires, quelques-unes très-petites et presque circulaires; d'autres, et c'était le plus grand nombre, elliptiques, ayant un petit diamètre de 1 à 2 centimètres et un grand diamètre variant entre 3 et 7 centimètres; une d'elles (la 18e) offre une longueur de 15 centimètres. Toutes ces plaques sont pâles, réticulées, sans boursoufflement aucun, sans rougeur tout autour. A la fin de l'intestin grêle, dans une étendue de 90 centimètres, on rencontre neuf plaques de Peyer boursoufflées, épaissies, saillantes dans l'intestin;

elles sont ovalaires, et mesurent 4 centimètres de largeur sur 5 de longueur; elles sont lisses dans leur plus grande étendue, mais elles présentent quelques points ulcérés. Les quatre dernières plaques sont si longues et si larges qu'elles n'en forment qu'une seule, ayant une étendue de 20 centimètres; elles sont ramollies et présentent cinq ou six ulcérations. Toutes ces plaques sont rouges, violacées; indépendamment de ces lésions, on trouve dans l'intervalle des plaques gaufrées sept à huit follicules clos ulcérés, arrondis, à bords taillés à pic. Dans ces ulcérations diverses, tantôt l'épithélium seul a disparu, tantôt toute la muqueuse est enlevée, laissant à nu les fibres musculaires.

Engorgement notable des ganglions mésentériques, dont quelques-uns ont acquis le volume d'une noix; les quatre plus gros correspondent à la fin de l'intestin grêle; ils sont rouges, ramollis à l'intérieur.

Le gros intestin présente un peu de rougeur en certains points assez limités. La rate est volumineuse; elle a 20 centimètres de hauteur sur 14 de largeur; elle est engorgée et friable. Les reins sont congestionnés; le foie est à l'état normal.

OBSERVATION XVIII.

Fièvre typhoïde à forme adynamique; ataxie peu accentuée; symptômes bronchiques assez intenses; mort au 29e jour. Plaques réticulées; ulcérations, gonflement des follicules isolés. (Service de M. le Dr Girbal.)

J..... (Hélène), 22 ans, née à Marvéjols (Lozère), arrive à Mireval (pays très-marécageux) au commencement du mois de septembre, espérant y trouver du travail pendant la saison des vendanges.

Antécédents.— Tempérament très-lymphatique, constitution bonne, complexion forte, pas de manifestation diathésique dans son enfance; menstruée à 21 ans, flux peu abondant. Elle raconte qu'elle a eu, vers l'âge de 16 ans, une maladie nerveuse caractérisée par un tremblement général, avec crises convulsives revenant à des intervalles plus ou moins éloignés. Ces phénomènes morbides disparurent spontanément au bout de deux ans.

Début.— Le 15 septembre 1862, à la suite d'un refroidissement,

elle éprouve le soir un frisson qui dure une demi-heure, et est suivi toute la nuit de chaleur et de sueur; en même temps, malaise, brisement général, titubation, vertiges, céphalalgie frontale, inappétence. Les jours suivants, rêvasseries, diarrhée; frissons légers le matin, chaleur intense dans l'après-midi, sueur pendant la nuit. Épistaxis le 8e jour. Elle est purgée le 15e jour et transportée à l'hôpital Saint-Éloi (salle Sainte-Marie, lit N° 20).

État actuel. — Le 17e jour, nous constatons les symptômes suivants: décubitus dorsal, stupeur légère, vue trouble, vertiges, bruit dans les oreilles, dureté de l'ouïe, intelligence conservée, réponses nettes; injection des yeux, suffusion jaune de la face, chaleur de la peau élevée; pouls vif, régulier, à 108; oppression, râles sibilants dans les deux côtés de la poitrine, en avant et en arrière; langue sèche, blanche à la base, dépouillée et rouge à la pointe, sur un espace disposé en triangle; soif vive; liséré très-marqué des gencives; inappétence, chaleur considérable du ventre, gargouillement à droite; pas de selles; taches bleuâtres, circulaires, ayant de 6 à 7 millimètres de diamètre, au nombre de neuf sur la poitrine et de deux dans la région inguinale gauche; cinq taches rosées sur l'abdomen et sur la poitrine. (Bouillon coupé et crême de riz, tisane d'orge gommée, un vésicatoire à chaque bras, frictions avec l'huile de camomille camphrée.)

Marche. — Les jours suivants, délire bruyant pendant la nuit: la malade veut se lever, on est obligé de l'attacher; pendant le jour, elle est calme et répond bien aux questions qu'on lui fait; la stupeur et l'affaissement sont de plus en plus marqués; pouls fréquent, de 116 à 120; peau sèche; quelques soubresauts des tendons; langue très-sèche, encroûtement des lèvres; plaques diphthéritiques dans la cavité buccale; oppression très-grande. L'auscultation révèle un mélange de râles ronflants, sibilants et sous-crépitants; gargouillement, diarrhée; selles involontaires; fausses membranes sur les vésicatoires. (Dix bols camphrés et nitrés.). Le 21e jour, on constate sur les membres inférieurs, et principalement sur les jambes, à leur partie inférieure et externe, sept à huit pustules d'ecthyma; elles sont larges, remplies d'une matière purulente et entourées d'une auréole rouge. Le 22e jour, le délire se calme. (Bouillon coupé,

crême de riz, eau vineuse; potion avec extrait aqueux de quinquina 2 grammes, eau de mélisse 120, sirop de gomme 30.) Le 24e, subdelirium permanent; le 26e, impossibilité de comprendre ce que dit la malade; eschares aux vésicatoires. Du 21e au 28e jour, on constate tous les soirs une exacerbation caractérisée par l'animation de la face, l'augmentation de la chaleur et de la fréquence du pouls. (Même potion, émulsion 130 gram., avec camphre 0,20 et nitre 0,30; collutoire avec miel rosat et borax; lavement avec 120 grammes décoction de quinquina; lotions sur les vésicatoires avec la même décoction.) Le 29e jour, somnolence, résolution des membres, paupières à demi closes, renversement en haut du globe de l'œil, cyanose de la face, sueur froide, sudamina sur les parties latérales du cou, pouls filiforme, mort à 10 heures du matin.

Nécropsie faite 23 heures après la mort.

État extérieur. — Embonpoint conservé; ballonnement excessif du ventre.

Tête. — Injection modérée de la pie-mère; une cuillerée environ de liquide dans les ventricules latéraux du cerveau; injection des veines qui rampent sur les planchers de ces ventricules; consistance normale de la substance cérébrale; léger piqueté.

Poitrine. — Un peu d'emphysème sur le bord antérieur des deux poumons; congestion et engouement à leur partie postérieure et inférieure; l'aspect du tissu est d'un rouge noirâtre à la coupe; il crépite moins, mais il surnage. Rougeur générale de la muqueuse bronchique. Le cœur ne présente rien de particulier.

Abdomen. — Distension considérable du gros intestin et surtout de l'S iliaque.

Invagination de l'intestin grêle à 50 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. — Les matières fécales renfermées dans l'intestin sont liquides et jaunâtres.

La muqueuse de l'estomac présente un peu d'arborisation dans la grande courbure; celle de l'iléon offre aussi, de distance en distance, une légère injection.

A la fin de l'intestin grêle, dans une étendue de 30 centimètres, on trouve de la psorenterie. Elle est constituée par un très-grand nombre de follicules isolés, soulevés, blanchâtres, ayant l'aspect de

grains de riz ; mais, dans une étendue de 20 centimètres près de la valvule iléo-cœcale, ces follicules sont un peu plus altérés ; ils ont 3 millimètres de diamètre ; ils sont arrondis, rouges, épaissis, et présentent à leur centre une ulcération ; quelques-uns renferment de la matière jaune.

Les plaques de Peyer offrent des altérations diverses : à la fin de l'intestin grêle, on voit une large plaque rouge, épaissie, avec ulcérations étendues et matière ocreuse ; viennent ensuite deux autres plaques boursoufflées, sans ulcération, et une quatrième qui présente de petits points exulcérés. L'épaississement de ces trois plaques est notable ; il occupe toute la surface de la plaque. Autour de ces glandes sont agglomérés les follicules isolés ulcérés. Il y a, en outre, six plaques offrant un mélange de forme réticulée et de barbe fraîche, avec épaississement, et une vingtaine de plaques simplement réticulées, sans épaississement ; elles sont pour la plupart elliptiques, allongées et rouges ; l'une d'elles a 15 centimètres de longueur ; mais les autres sont irrégulièrement ovalaires, presque arrondies et décolorées.

Les ganglions mésentériques sont engorgés, rougeâtres ; beaucoup ont un volume peu considérable ; mais au voisinage du cœcum, il y en a deux qui ont le volume d'une petite noix ; ils sont très-ramollis.

La rate, gorgée de sang, a acquis un volume double de celui qu'elle a normalement.

OBSERVATION XIX.

Fièvre typhoïde à forme ataxique, compliquée de blennorrhagie et de pneumonie ; taches rosées et taches ombrées ; mort le 21e jour. Ulcération des follicules agminés et isolés. (Service de M. le docteur Girbal et de M. le professeur Dupré.)

L.... (Jacques), menuisier, 22 ans, né dans le département de la Charente-Inférieure, habite Montpellier depuis deux mois. Tempérament lymphatico-bilieux ; constitution assez bonne ; il a eu dans son enfance des engorgements ganglionnaires au cou, qui ont persisté jusqu'à l'âge de 15 ans. Au moment où il tombe malade, il était atteint depuis deux mois d'un écoulement blennorrhagique.

Après avoir eu pendant deux jours un peu de céphalalgie, du malaise et de la faiblesse, il éprouve, le 19 octobre 1862, des frissons

qui l'obligent à se mettre au lit, et, en même temps, il a de la diarrhée, de la titubation et une céphalalgie intense ; le lendemain il reprend son travail et ne le suspend que quatre jours après ; mais les jours suivants il saigne du nez à plusieurs reprises, et il accuse tous les jours, vers midi, de légers frissons.

Admis à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Vincent, lit N° 38), il présente le 10e jour les symptômes suivants : Stupeur légère, céphalalgie frontale, vertiges, intelligence bonne, lenteur des réponses, dureté de l'ouïe, langue rouge aux bords et à la pointe, blanchâtre à la base, liséré blanc des gencives ; soif, diarrhée, gargouillement, douleur dans la fosse iliaque droite ; taches rosées en petit nombre sur l'abdomen, de six à sept taches ombrées au niveau des hypochondres ; chaleur élevée, pouls à 104, vif, petit ; toux sèche ; un peu de rudesse de la respiration, expiration prolongée. (Bouillon gras et bouillon maigre alternés, tisane d'orge gommée ; frictions avec de l'huile de camomille camphrée.)

Les jours suivants, stupeur peu marquée, insomnie, mouvements convulsifs de la lèvre inférieure et des membres ; râles sibilants, ventre tendu, diarrhée ; les taches persistent ; l'écoulement blennorrhagique continue. Le 14e jour, on constate des mouvements convulsifs des paupières, des mains, des membres inférieurs ; réponses précises ; diarrhée ; pouls à 132, température du corps 39°. (Bouillon coupé, potion avec eau de mélisse 120,00, eau de fleurs d'oranger 15,00, liqueur d'Hoffmann 15 gouttes, eau de menthe 10,00, sirop de gomme 40,00, huit bols camphrés et nitrés ; onctions avec l'huile de camomille camphrée sur l'abdomen.)

Du 15e jour au 21e, époque de la mort, délire furieux pendant la nuit, stupeur très-grande, prostration, carphologie, soubresauts des tendons, mouvements convulsifs des membres ; aphonie ; langue humide ; fuliginosités ; ventre tendu ; météorisme considérable ; diarrhée (7 à 8 selles) ; pouls à 108 ; chaleur élevée. Les taches ombrées disparaissent, les taches rosées persistent jusqu'à la fin ; toux légère ; oppression marquée. Le dernier jour, on constate de la matité à droite, en arrière, et l'obscurité de la respiration ; râles ronflants et sous-crépitants abondants ; eschare au sacrum ; la blennorrhagie a persisté jusqu'au dernier jour. (Potion avec mucilage de

gomme adragante 16 grammes, eau 90,00, extrait d'opium 0,10, tartre stibié 0,10, par cuillerées d'heure en heure; tisane d'orge gommée; fomentations émollientes; vésicatoire à la cuisse gauche et au bras droit.)

Nécropsie faite 15 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Raideur cadavérique; maigreur peu prononcée; eschare au sacrum.

Tête. — Un peu d'injection de la pie-mère. Cette membrane présente en certains points un aspect légèrement lactescent; consistance de la substance cérébrale normale; pas de sérosité dans les ventricules.

Poitrine. — A droite, adhérences pleurales anciennes en arrière; le poumon de ce côté présente dans tout le bord postérieur une congestion assez marquée; cependant le tissu crépite et surnage, mais au sommet il y a un noyau d'hépatisation rouge du volume d'une grosse noix, tissu plus dense, ne crépitant pas, ne surnageant plus, friable; à gauche, le poumon est complètement libre; légère congestion en arrière, moins prononcée qu'à droite. Dans les points congestionnés, le poumon a un aspect rouge; en avant, il est emphysémateux (des deux côtés); aspect blanchâtre, bosselé, moins dense; la muqueuse bronchique est très-rouge des deux côtés. Le péricarde renferme de deux à trois cuillerées de sérosité; le cœur est sain.

Abdomen. — La muqueuse de l'estomac ne présente aucune altération appréciable; celle de l'intestin grêle n'offre de rougeur qu'en des points très-limités, vers le milieu de l'iléon et au voisinage de la valvule iléo-cœcale. L'altération des plaques de Peyer commence à environ cinquante centimètres du duodénum. Les seize premières plaques sont réticulées, non saillantes; la muqueuse qui les recouvre est un peu ramollie. Elles sont toutes plus longues que larges; leur longueur est disposée suivant l'axe de l'intestin; quelques-unes ont jusqu'à quatre centimètres dans le sens de leur plus grand diamètre. La dimension des plaques n'est nullement en rapport avec leur degré d'altération ou leur position plus rapprochée de la fin de l'intestin; en effet, on voit des plaques très-courtes et peu altérées intermédiaires à des plaques plus longues et plus épaissies, et *vice versâ*.

La dix-septième et la dix-huitième présentent quelques éraillures de l'épithélium ; de la dix-neuvième à la vingt-cinquième les altérations deviennent plus prononcées. Les plaques sont de plus en plus épaissies ; les deux dernières sont parfaitement gaufrées. Au boursouflement de la plaque s'ajoutent des ulcérations de dimension diverse. Ces ulcérations superficielles et multiples, dans les plaques dix-neuvième et vingtième, deviennent uniques et occupent toute la plaque dans les autres. Chez quelques-unes, l'ulcération est telle que la plaque a un aspect granulé : on dirait une surface ulcérée et rouge, surmontée de petits points. Toutes ces plaques sont généralement plus longues que larges, allongées dans le sens de l'axe intestinal ; quelques-unes ont cinq centimètres de long sur deux de large. Enfin, au voisinage de la valvule siégent deux larges ulcérations à forme irrégulière, ayant environ quatre centimètres de diamètre. Toutes ces ulcérations n'intéressent que la membrane muqueuse.

Les follicules isolés sont également altérés ; ces altérations commencent au niveau de la dix-neuvième plaque de Peyer altérée, c'est-à-dire à 0,90 centimètres de la valvule iléo-cœcale ; quelques-uns sont seulement hypertrophiés, engorgés, épaissis ; mais tous les autres, sur une étendue de 0,80 centimètres, sont profondément ulcérés : chez quelques-uns, l'ulcération intéresse la tunique musculeuse. La largeur des ulcérations varie depuis la dimension d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de cinquante centimes ; les bords en sont épaissis, indurés : elles renferment toutes de la matière jaune. Ces follicules, en certains points, sont agglomérés ; ils se touchent presque. Au voisinage de la valvule, ils sont très-nombreux.

Le gros intestin est aussi altéré. Non loin de la valvule se trouve une vaste ulcération presque arrondie, laissant à nu les fibres musculaires. Dans toute l'étendue du colon ascendant les follicules isolés sont ulcérés et remplis de matière jaune ; ces ulcérations ressemblent à celles des follicules clos de l'intestin grêle. Le colon transverse est sain et la muqueuse du colon descendant très-rouge. Les ganglions mésentériques sont engorgés ; ils sont rouges, quelques-uns ont le volume d'une petite noix. Il y en a qui sont un peu ramollis ; les plus gros avoisinent l'appendice cœcal. Le foie est un peu développé,

mais sain. Les reins sont hypérémiés. La rate est un peu développée, très-ramollie, très-friable. La muqueuse urétrale est rouge dans la fosse naviculaire.

OBSERVATION XX.

Fièvre typhoïde à forme adynamique ; au début, symptômes de congestion cérébrale qui masquent ceux de la fièvre typhoïde ; taches rosées lenticulaires ; météorisme, diarrhée, râles bronchiques, hémorrhagie intestinale ; mort au 21e jour. Ulcération des plaques de Peyer et des follicules clos. (Service de M. le docteur Girbal et de M. le professeur Dupré.)

G..... (Florentin), charron, âgé de 22 ans, né dans le département de l'Aisne, habite les environs de Montpellier depuis un mois seulement; il arrive de Bordeaux. Doué d'un tempérament lymphatique et d'une constitution bonne, il jouit habituellement d'une parfaite santé.

Pendant un mois, il a présenté du malaise, de la faiblesse, une grande inaptitude au travail et un peu de diarrhée. Le 16 octobre 1862, ces symptômes sont plus accentués; la diarrhée est plus forte ; il a de la céphalalgie. Ce jour-là il suspend son travail et garde le lit. Le 7e jour, il entre à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Vincent, lit No 41). Le lendemain, on constate des symptômes de congestion cérébrale, parole embarrassée, déviation de la langue à droite, commissure gauche abaissée, diminution de la sensibilité dans le bras et dans la jambe du côté gauche. En même temps, ce malade se plaint de la tête ; la face est rouge et les sclérotiques injectées ; il y a de la diarrhée, de la fièvre. (Bouillon coupé et bouillon maigre ; quatre sangsues au niveau de chaque apophyse mastoïde ; un vésicatoire camphré à chaque bras.)

Le 10e jour, affaissement, insomnie, céphalalgie gravative générale, vertiges, stupeur, intelligence obtuse, embarras de la parole ; la déviation de la langue a disparu, les traits de la face ont à peu de chose près leur régularité ; cependant le malade sort difficilement la langue, qui est sèche, rugueuse et rouge ; il y a un peu de météorisme, de la diarrhée ; la peau est chaude et sèche, le pouls est à 90. (Orge sucré, frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée, cataplasmes sinapisés aux pieds.)

Le 15e jour, les rêvasseries persistent, l'intelligence est plus nette, tous les symptômes de paralysie ont disparu; les taches rosées lenticulaires se sont montrées depuis deux jours, elles sont nombreuses et siégent sur l'abdomen ; ballonnement du ventre considérable, huit selles liquides.

Les jours suivants, prostration beaucoup plus notable, stupeur légère, insomnie, intelligence conservée, langue sèche, fuliginosités, ballonnement du ventre de plus en plus marqué, une quinzaine de selles liquides dans les 24 heures; hémorrhagie intestinale le 16e et le 18e jour, taches rosées lenticulaires nombreuses, absence de toux, râles sibilants à droite et râles sous-crépitants à gauche en arrière, pouls à 112, chaleur de la peau élevée.

Le 17e jour, il rend un ver lombric par la bouche. (Décoction blanche, bols camphrés et nitrés. Contre l'hémorrhagie intestinale, limonade sulfurique; potion : extrait de ratanhia 4,00, eau de mélisse 140,00, sirop de coings 40,00, eau fleurs d'oranger 10,00; un demi-lavement froid.)

Du 19e au 21e jour, mêmes symptômes. (Potion avec l'extrait aqueux de quinquina, limonade vineuse édulcorée avec le sirop de gomme.)

Le 21e jour, l'hémorrhagie intestinale se reproduit, affaissement notable ; dans la nuit, le malade se lève, ne peut remonter seul sur son lit ; il pousse des plaintes toute la nuit, et meurt dans la matinée.

Nécropsie faite 12 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Raideur cadavérique; ventre peu météorisé; embonpoint assez conservé.

Tête. — Injection légère de la pie-mère, plus marquée cependant à gauche qu'à droite; un peu de liquide dans la cavité de l'arachnoïde ; piqueté léger de la substance cérébrale; absence de caillots.

Poitrine. — Engouement notable des deux poumons dans leur partie postérieure; le tissu est rouge, il crépite moins qu'à l'état normal, mais il surnage parfaitement. Du côté droit, l'engouement est plus prononcé qu'à gauche. Les deux poumons sont emphysémateux dans leur bord antérieur; dans ces points le tissu pulmonaire est blanchâtre, bosselé à la surface et moins dense. La muqueuse

bronchique est rouge dans toute son étendue. Le cœur ne présente pas de lésions.

Abdomen. — La muqueuse de l'intestin n'offre de la rougeur qu'autour d'une seule plaque ulcérée. On trouve vingt-quatre plaques de Peyer altérées : les quinze premières sont réticulées, non saillantes, les unes très-courtes, les autres plus longues, ayant de 4 à 5 centimètres de long; les neuf suivantes sont légèrement épaissies, mais surtout ulcérées. L'ulcération est assez superficielle sur les deux premières; mais sur les sept autres plaques toute la muqueuse est enlevée, et sur les deux dernières il ne reste que la tunique péritonéale. Ces diverses ulcérations n'occupent plus qu'une portion de la plaque de Peyer et renferment de la matière jaune. A la fin de l'iléon, dans une étendue de 1 mètre, on trouve un grand nombre de follicules clos ulcérés; ces follicules sont agglomérés, à bords soulevés, épaissis, et présentent sur la surface ulcérée de la matière jaune. Ces ulcérations sont elliptiques, elles ont 1 centimètre de long sur un $^1/_2$ centimètre de large; le plus grand diamètre est disposé transversalement, mais le plus grand nombre des ulcérations sont arrondies. — Près de la valvule, les ulcérations se touchent presque; on dirait un vaste ulcère. — Dans le gros intestin, à peu de distance de la valvule, on constate une ulcération de 1 centimètre $^1/_2$ de diamètre et quelques follicules isolés ulcérés.

Les ganglions mésentériques sont très-engorgés, ramollis, rouges; le nombre en est grand; les uns ont le volume d'une grosse amande. Vers la fin de l'iléon, leur volume est plus considérable; il y en a qui sont comme une noix.

La rate est très-engorgée, elle mesure 22 centimètres de longueur sur 12 de largeur; elle est très-friable. Elle présente à sa partie externe une plaque blanchâtre de la dimension d'une pièce de deux francs, ayant un aspect fibreux; le tissu de la rate est froncé tout autour, on dirait une cicatrice.

Les deux reins sont volumineux, ils mesurent 15 centimètres de long sur 9 de large, et ils ont à la coupe un aspect graisseux très-marqué comme dans la maladie de Bright.

OBSERVATION XXI.

Fièvre typhoïde, nostalgie, complication gastrique, ataxo-adynamie, absence d'épistaxis et de taches rosées, marche rapide; mort le 9e jour. Lésions profondes des plaques de Peyer et des follicules isolés (Service de M. le professeur Dupré.)

B.... (Antoine), chanteur ambulant, âgé de 15 ans, né dans le Piémont, a quitté son pays depuis six mois, arrive de Marseille. Ce jeune garçon est atteint de nostalgie; doué d'un tempérament et d'une constitution assez bonne, il n'a jamais été malade.

Début. — Le 24 mai 1862, il entre à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Vincent, lit N° 3). Il raconte que depuis six jours il éprouve des rêvasseries, de la céphalalgie, de la diarrhée et une grande faiblesse. Il n'a pas saigné du nez.

État actuel. — Le 6e jour, il présente les symptômes suivants: affaissement, stupeur, rêvasseries, suffusion jaunâtre des sclérotiques et de l'ovale inférieur du visage; dents hâlées, langue rouge, très-sèche, bleuâtre à la base, soif intense; chaleur considérable du ventre, diarrhée, pas de gargouillement, ventre douloureux à la pression, absence de taches rosées; pouls petit, fréquent (108), vif, dépressible; un peu d'oppression, râles ronflants dans la poitrine. (Bouillon coupé; eau et sirop de groseille; un verre de limonade au citrate de magnésie à renouveler ce soir; cataplasme émollient sur le ventre; un quart de lavement émollient ce matin.) Le soir, le malade vomit un peu, il a eu cinq selles; chaleur plus élevée, pouls à 130.

Marche. — Le 7e jour, il vomit dans la journée; exacerbation légère le soir. Le 8e jour, prostration et stupeur augmentées, réponses incohérentes, il ne paraît pas comprendre ce qu'on lui dit; râles sous-crépitants à la base de la poitrine en arrière, douleur dans la fosse iliaque droite. (Potion avec sulfate de quinine 1 gramme et résine de quinquina 2 grammes; cataplasmes sinapisés aux pieds.) Le 9e jour, délire bruyant toute la nuit, on a été obligé de l'attacher; somnolence, pouls à 128, pas de selles depuis hier; un peu d'agitation dans l'après-midi, pouls à 140, puis coma et mort. (Deux verres eau de Sedlitz, et le soir continuation de la potion.)

Nécropsie faite 14 heures après la mort.

État extérieur. — La maigreur est prononcée ; on ne constate pas de taches sur la surface cutanée.

Tête. — Les méninges présentent une légère injection, l'arachnoïde contient une petite quantité de liquide séreux ; le cerveau, de consistance ferme, offre à la coupe un piqueté peu marqué.

Poitrine. — Des adhérences existent des deux côtés : à droite, elles occupent les parties latérales ; à gauche, elles se trouvent à la base et offrent une résistance notable. Les deux poumons sont d'une couleur rouge foncée ; le bord antérieur seul, qui est un peu emphysémateux, présente un aspect blanchâtre. A la partie postérieure et inférieure, la congestion est évidente, mais une portion de tissu coupée et mise dans l'eau surnage. La muqueuse bronchique est rouge, injectée ; le cœur ne présente rien d'anormal.

Abdomen. — Les intestins sont un peu distendus par des gaz ; le lavage fait sortir une douzaine de vers lombrics morts, et n'enlève qu'incomplètement une matière jaunâtre bilieuse qu'on rencontre dans l'iléon. Les plaques de Peyer présentent diverses altérations : on en trouve d'abord une quinzaine d'aspect réticulé, ressemblant à un réseau à mailles distinctes. Viennent ensuite des plaques gaufrées ; elles sont saillantes, épanouies en forme de champignon : la muqueuse qui les tapisse est saine ; celles qui sont auprès de la valvule sont ulcérées. Le nombre total des plaques est de 35 ; quelques-unes sont circulaires ; la plupart sont ovoïdes ; enfin, un certain nombre de forme très-allongée ont leur plus grand diamètre dans l'axe de l'intestin. Indépendamment de ces lésions, on rencontre au niveau des premières plaques de Peyer l'altération des follicules clos. Ce sont d'abord des granulations blanchâtres disséminées ; plus loin, c'est une éruption très-confluente et de forme pustuleuse ; elle ne s'arrête pas à la valvule et se continue dans le gros intestin. Autour de ces diverses altérations et sur la surface interne de l'intestin, il n'existe aucune trace d'irritation ; sur la surface extérieure, on voit des plaques rougeâtres au niveau des points ulcérés. Les ganglions mésentériques sont longs, hypertrophiés et ramollis. Ceux qui siègent près de la valvule ont le volume d'une aveline. Le foie, d'aspect jaune, est un peu friable. La rate, fortement engorgée, mesure 19 centimètres de hauteur et 14 centi-

mètres de largeur ; son tissu est plus dense qu'à l'état normal. Les reins sont hypérémiés.

OBSERVATION XXII.

Fièvre typhoïde à forme pectorale, taches rosées, ataxie vers la fin de la maladie, pneumonie; mort le 27e jour. Plaques de Peyer ulcérées et réticulées, ulcération des follicules isolés. (Service de M. le professeur Fuster.)

B..... (Auguste), hussard, 22 ans, constitution bonne, tempérament lymphatique, séjour à Montpellier indéterminé.

Ce militaire entre à l'hôpital Saint-Éloi le 19 avril (salle Saint-Lazare, lit N° 2). Sa maladie datait de huit jours. Il y a eu de la diarrhée, des rêvasseries, des vertiges, des épistaxis. A son entrée à Saint-Éloi, stupeur marquée, mais réponses bonnes; langue blanche et humide dans les premiers jours; plus tard elle devient épaisse, sèche et brune; elle se recouvre de fuliginosités, ainsi que les lèvres et les dents; liséré blanchâtre sur les gencives, dents hâlées; gargouillement iléo-cœcal, diarrhée, météorisme du ventre très-considérable dans les derniers jours, taches rosées lenticulaires constatées le 14e jour; râles sibilants et ronflants très-abondants dès le commencement, fréquence du pouls notable; pendant les six derniers jours, soubresauts des tendons, eschare au sacrum, somnolence permanente; cependant les réponses continuent à être bonnes; un peu de délire pendant la nuit; mort le 27e jour.

Nécropsie faite 24 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Raideur cadavérique, embonpoint conservé.

Tête. — Injection peu prononcée des vaisseaux de la dure-mère et de la pie-mère; un peu de sablé de la substance cérébrale; consistance normale; rien dans les ventricules.

Poitrine.— Les deux poumons sont emphysémateux, blanchâtres, décolorés; en arrière, le parenchyme pulmonaire est d'une rougeur notable; il crépite peu. On trouve des noyaux d'hépatisation des deux côtés; quand on plonge dans l'eau le tissu hépatisé, il gagne le fond du vase; autour de ces noyaux il existe un engouement considérable. Le poumon droit présente quelques adhérences anciennes sur ses parties latérales. Le cœur n'offre rien à noter.

Abdomen. — Nous ne trouvons aucune lésion dans les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle, mais dans le tiers inférieur on compte onze plaques de Peyer altérées : les six premières sont épaissies, réticulées, saillantes, plutôt décolorées que rouges; elles sont elliptiques, dirigées dans le sens de l'axe, ayant de 3 à 5 centimètres de long sur 1 centimètre et demi ou 2 centim. de large. Les cinq dernières sont ulcérées; sur la sixième, l'ulcération n'a que quelques millimètres de diamètre; sur les autres, elle est plus étendue; sur quelques-unes, elle a envahi même toute la plaque, et elle offre alors la dimension d'une pièce de 50 centimes. Ces ulcérations sont elliptiques ou ovalaires, assez régulières, à bords épaissis, retournés, indurés. Les fibres circulaires de la tunique musculeuse apparaissent au fond de la solution de continuité. Les plus considérables de ces ulcérations siègent près de la valvule iléo-cœcale; il y a de la rougeur tout autour, et l'on voit, en outre, quelques follicules clos ulcérés, placés dans les intervalles qui séparent les ulcérations décrites. Les ganglions mésentériques sont rouges, ramollis; les plus gros sont placés au voisinage du cœcum; ils ont le volume d'une amande. La rate, quoique engorgée, a la consistance normale. Le foie et les reins sont hypérémiés.

OBSERVATION XXIII.

Fièvre typhoïde; symptômes pectoraux prédominants : ataxo-adynamie dans les derniers jours, taches rosées; mort le 21e jour. Gonflement et ulcération des follicules isolés; plaques de Peyer épaissies et ulcérées. (Service de M. le docteur Girbal.)

C...., serrurier, 22 ans, né en Sardaigne. Séjour à Montpellier inconnu; tempérament lymphatique, constitution assez bonne.

Il est admis à Saint-Éloi le 8 septembre 1857 (salle Saint-Vincent, lit No 10), présentant depuis neuf jours de la céphalalgie, de la diarrhée, de la faiblesse et de la fièvre.

A son entrée, nous constatons de la stupeur, des rêvasseries, de l'affaissement; langue humide, un peu rouge sur les bords; tension de l'abdomen, diarrhée; toux et râles sibilants. Les jours suivants, les taches rosées se montrent, insomnie, toux modérée, râles muqueux et sibilants à la partie postérieure du thorax. Le 16e jour,

dureté de l'ouïe, stupeur plus grande; cinq selles, gargouillement; pouls très-dépressible. (Bouillon gras et purée aux lentilles, eau de riz gommée; potion avec la liqueur d'Hoffmann, 15 gouttes, et l'extrait aqueux de quinquina, 4 grammes; cataplasme émollient.) Du 17e au 21e jour, il y a du délire, des soubresauts dans les tendons; la prostration et la stupeur deviennent de plus en plus prononcées; mort le 21e jour.

A l'*ouverture* du corps, on trouve un peu d'injection des méninges; dans la poitrine, on constate de l'engouement à la partie postérieure et inférieure des deux poumons. L'intestin grêle présente dans sa seconde moitié beaucoup de follicules isolés rouges et tuméfiés; un grand nombre de plaques de Peyer sont légèrement épaissies, leur surface est irrégulière et mamelonnée. Il y a, en outre, des ulcérations nombreuses, ayant des dimensions variables; les plus considérables ont de 4 à 5 centimètres dans leur plus grand diamètre; quelques-unes de ces ulcérations siégent sur les follicules isolés; elles sont moins étendues que les autres. Le gros intestin ne présente que deux ulcérations assez légères. Les ganglions mésentériques sont rouges, engorgés. La rate est peu volumineuse. Les autres organes sont sains.

OBSERVATION XXIV.

Fièvre typhoïde; épistaxis; taches rosées; ataxo-adynamie; marche rapide. Gonflement et ulcération des follicules isolés et des plaques de Peyer. (Service de M. le docteur Pécholier.)

L....., soldat au 77e de ligne, né dans le département de Vaucluse, 21 ans. Incorporé depuis un mois, il habite Montpellier depuis cette époque. Il paraît regretter beaucoup sa famille.

Le 4 septembre 1865, il est admis à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Barthélemy, lit No 12). Il est incapable de fournir des renseignements bien précis sur le début de sa maladie; on apprend toutefois que, depuis quinze jours environ, il éprouve de la faiblesse, de la céphalalgie, des vertiges, de l'inappétence, de l'amertume de la bouche; il a eu des épistaxis. A son entrée, on constate les symptômes suivants: décubitus dorsal, stupeur très-grande, céphalalgie, vertiges; langue un peu sèche, rouge à la pointe et sur les

bords, liséré des gencives ; râles sous-crépitants, plus marqués du côté gauche que du côté droit ; météorisme ; gargouillement, diarrhée ; pouls fréquent, 114 ; peau chaude. (Orge, lavement émollient, cataplasme émollient.) Le lendemain, délire tranquille pendant la nuit ; somnolence dans la journée ; décubitus sur le côté, affaissement, stupeur, surdité, langue sèche, météorisme, diarrhée, quatre taches rosées. (Limonade, un vésicatoire à chaque mollet, cataplasmes émollients, lavement avec 0,50 de camphre et 6 gouttes de laudanum.) Le soir, coma, soubresauts des tendons ; pouls à 114. (Potion avec 1,20 de sulfate de quinine.) Le 6 septembre, coma plus profond, paupières à demi closes, renversement du globe oculaire en haut ; sécheresse de la langue, fuliginosités, dyspnée, sueur froide ; pouls petit, 125. (Bouillon, vin sucré, infusion de tilleul, potion cordiale, sinapismes.). A quatre heures, coma, respiration très-gênée (28 inspirations), râles ronflants ; pouls très-fréquent, à 136 ; selles involontaires ; mort à 8 heures du soir.

Nécropsie faite 19 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Embonpoint conservé, ventre météorisé ; taches ecchymotiques sur les parties déclives ; raideur cadavérique.

Tête. — Sinus gorgés de sang, injection très-prononcée des vaisseaux de la pie-mère et des plexus choroïdes qui sont très-rouges ; épanchement de sérosité peu abondant dans l'espace sous-arachnoïdien à la base du cerveau, quelques cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux, piqueté du cerveau prononcé.

Poitrine. — Engouement des deux poumons sur leur bord postérieur, plus marqué dans le lobe inférieur. L'aspect du tissu à l'extérieur est d'un rouge brunâtre ; à l'intérieur, il a la même coloration ; le tissu, gorgé de sang, crépite et surnage ; l'engouement est plus prononcé du côté droit ; ce poumon renferme en outre quelques noyaux d'hépatisation. Dans ces points, le tissu ne crépite pas ; il gagne le fond de l'eau. Au sommet du poumon droit, on trouve quelques adhérences pleurales anciennes. La muqueuse bronchique offre une rougeur générale. Le cœur est légèrement augmenté de volume ; les parois ne sont pas plus épaisses qu'à l'état normal. Le sang qu'il renferme est très-diffluent, il ressemble à du sirop de groseille ; absence complète de caillots.

Abdomen. — L'intestin grêle présente à l'extérieur, de distance en distance, des taches noirâtres. Rougeur assez intense de la muqueuse de l'estomac au niveau du grand cul-de-sac seulement. A une distance de 2 mètres environ de la valvule iléo-cœcale apparaissent les premières plaques de Peyer altérées; on trouve d'abord cinq plaques réticulées peu épaissies, puis huit autres plaques également réticulées offrant des points ulcérés. Ces ulcérations sont plus ou moins profondes, elles ont une dimension variable; les plus larges ont envahi la moitié de la plaque; elles ont un aspect jaunâtre prononcé. Les douze dernières sont complètement ulcérées; la plaque est considérablement épaissie, les bords sont soulevés, indurés; l'intérieur de l'ulcération est déchiqueté, converti en une espèce de putrilage, jaunâtre (aspect de la matière ocreuse). Au-dessous le tissu est brunâtre, il est injecté; il y a là une véritable mortification. Ces plaques ont toutes des formes à peu près identiques; elles sont oblongues, opposées à l'insertion du mésentère, et elles ont leur plus grand diamètre dans le sens de l'axe; leur dimension varie depuis 2 centimètres jusqu'à 4 et même 5. Au voisinage de la valvule, une de ces plaques ulcérées est très-large; en ce point toute la surface de l'intestin est ulcérée.

La valvule iléo-cœcale est très-épaissie; la muqueuse qui la recouvre est boursoufflée; elle est lisse et polie du côté du gros intestin, ulcérée du côté de l'intestin grêle.

L'appendice iléo-cœcal est altéré également. Vu à l'extérieur, il a un volume égal à celui de l'index d'un adulte; ouvert, il présente une vaste ulcération occupant toute son étendue et ayant un aspect rouge, mamelonné; l'épithélium est enlevé.

L'intestin grêle offre, en outre, un nombre considérable de follicules isolés altérés. Plusieurs de ces follicules sont hypertrophiés, ils ressemblent à de grosses papules blanches; d'autres présentent un point rouge et un commencement d'ulcération à leur sommet; enfin, la plupart d'entre eux sont le siége de véritables ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins épaissies, à bords indurés; les plus grandes ont la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Ces follicules isolés occupent les espaces qui séparent les plaques de Peyer.

La muqueuse, dans les intervalles des lésions décrites, n'offre aucune trace d'injection ; elle est plutôt pâle que rouge.

Le gros intestin participe à son tour aux lésions que nous venons de décrire. On trouve dans le colon ascendant des follicules clos hypertrophiés et ulcérés pour la plupart; les ulcérations sont plus petites que dans l'intestin grêle ; il y a un peu d'injection dans des points limités ; toutes ces ulcérations contiennent de la matière jaune.

Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume; les plus gros siégent au voisinage du cœcum. Quelques-uns ont le volume d'une grosse noisette et même d'une petite noix; ils sont rougeâtres, très-ramollis; il n'y a point de suppuration. La rate est augmentée de volume, très-diffluente, friable ; le foie à peu près normal. Rien de particulier dans les autres organes.

§ III. *La lésion de l'intestin a provoqué le développement d'une péritonite.*

Nous avons déjà dit que la péritonite qui se montre dans le cours de la fièvre typhoïde reconnaît le plus souvent pour cause une perforation de l'intestin; dans d'autres cas, son développement a lieu en dehors de cette condition. Les exemples que nous allons citer vont démontrer l'existence de ces deux espèces de péritonite.

A. Péritonite par perforation.

Nous rapportons les cinq cas que nous avons observés.

OBSERVATION XXV.

Fièvre typhoïde, bénignité apparente, irritation gastro-intestinale prédominante, péritonite par perforation, opiacés; mort le 18e jour. Plaques de Peyer réticulées et ulcérées. (Service de M. le docteur Girbal.)

L..... (Bernard), 30 ans, boulanger, né dans le département de l'Aude, habite Montpellier depuis deux ans. Taille élevée, complexion forte, tempérament lymphatico-sanguin, constitution bonne, pas de maladies antérieures ; excès de travail pendant quinze jours.

Début. — Le 18 août 1862, après avoir présenté pendant quatre jours du malaise, de la faiblesse et une grande inaptitude au travail,

il éprouve de la céphalalgie, des vertiges, de la diarrhée, et une faiblesse beaucoup plus grande. Les jours suivants, douleurs vagues dans l'abdomen, rêvasseries, épistaxis peu abondante; il continue à manger et à sortir.

Le 10e jour, il vient nous consulter : nous constatons de la titubation, de la lenteur dans les réponses, des vertiges, un peu de stupeur, le liséré blanc des gencives, de la diarrhée et beaucoup de fréquence du pouls. Son état nous paraît sérieux, et nous lui conseillons d'entrer à l'hôpital Saint-Éloi.

Le lendemain, nous le trouvons au lit No 19 de la salle Saint-Vincent; il présente les symptômes suivants : décubitus dorsal, affaissement, stupeur légère, bouche amère, inappétence, langue humide, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre, ventre tendu, pas de gargouillement, diarrhée; pouls fréquent, vif, régulier, chaleur élevée, une dizaine de taches rosées lenticulaires sur l'abdomen, un peu d'oppression, quelques râles sibilants en avant. (Potage le soir, un gramme d'ipécacuanha en poudre *illicò*, tisane d'orge miellée.) Les jours suivants, douleur à la pression à la base du thorax en avant, quelques râles sous-crépitants en arrière de la poitrine du côté gauche, ballonnement du ventre de plus en plus marqué.

Le 14e jour, anxiété, traits contractés, insomnie, pas de céphalalgie ni de vertiges, intelligence conservée, envies de vomir depuis la veille, météorisme considérable, la douleur abdominale augmente par la pression, constipation; pouls petit, serré, régulier, fréquent à 128. (Bouillons gras et maigres alternés, cataplasmes émollients sur le ventre, lavement huileux, onctions sur l'abdomen avec l'huile de jusquiame laudanisée.)

Le 15e jour, la douleur de l'abdomen paraît moindre; il y a plusieurs selles liquides.

Le 16e jour, douleur très-vive, météorisme très-considérable; le soir, vomissement de matières verdâtres, constipation; pouls à 100, petit.

Le 17e jour, vers onze heures du matin, froid excessif avec tremblement général pendant une demi-heure, chaleur et sueur consécutives, vomissement de matières verdâtres, affaissement, face grippée, sueur froide sur la face, cyanose des lèvres, nausées

dans la soirée, ventre excessivement météorisé et très-douloureux, la plus légère pression de l'abdomen lui arrache des cris ; pouls imperceptible, mais rare (72 à 76) ; oppression très-grande, respiration courte (72 inspirations par minute), râles ronflants, persistance des taches. (Bouillon coupé, mauve et tilleul, potion avec le laudanum de Rousseau 30 gouttes, cataplasmes sinapisés, frictions sur le ventre avec la pommade suivante : onguent napolitain 30, extrait de belladone 4.) Le 18e jour, un peu de sommeil, les nausées ont cessé, les douleurs paraissent moins vives, matité sur les parties déclives de l'abdomen, une selle liquide cette nuit, pouls à 120, 44 inspirations ; le soir, les vomissements reparaissent, une selle liquide, refroidissement des extrémités, prostration, intelligence intacte ; mort dans la nuit.

Nécropsie faite 15 heures après la mort.

État extérieur. — Maigreur de la face, embonpoint du reste du corps assez conservé, ballonnement du ventre.

Tête. — Elle ne peut pas être ouverte.

Poitrine. — Le cœur est légèrement augmenté de volume ; les cavités droites, ainsi que l'artère pulmonaire, renferment des caillots noirâtres assez denses ; la séreuse qui les tapisse est rouge ; à gauche, il y a aussi des caillots, mais il n'existe pas de rougeur de l'endocarde.

Les deux poumons sont engoués dans leur partie postérieure et latérale ; ils ont un aspect rouge violacé. A l'incision, il s'écoule un liquide rougeâtre, non aéré ; le tissu crépite et surnage. En comprimant ces organes, il s'écoule des bronches beaucoup de mucosités ; la muqueuse est rouge dans tous les points. La base du poumon gauche adhère fortement au diaphragme.

Abdomen. — La paroi antérieure de l'abdomen et l'épiploon sont soudés par des fausses membranes molles, d'un blanc jaunâtre et peu épaisses ; le péritoine qu'elles recouvrent est très-injecté. Les anses intestinales, distendues par des gaz, adhèrent dans presque tous les points les unes aux autres, à l'aide de fausses membranes blanchâtres, qui se déchirent facilement. Toute la partie des circonvolutions intestinales qui était recouverte par l'épiploon est injectée ; un liquide roussâtre, troublé, d'une odeur stercorale et

pénétrante, dans lequel nagent des flocons albumineux, remplit le bassin et les espaces qui séparent les divers replis de l'intestin; mais dans la plupart des points, c'est du pus qu'on y trouve : la quantité de ce liquide peut être évaluée à deux litres et demi. Le péritoine qui recouvre le foie, la rate et le diaphragme, est le siége de fausses membranes récentes. On constate sur l'iléon, à une petite distance du cœcum, une ouverture de deux centimètres de diamètre, par laquelle s'échappent les matières renfermées dans l'intestin. — Les ganglions mésentériques sont rouges, augmentés de volume, un peu ramollis.

L'estomac présente sur la petite courbure, au voisinage du pylore, une large plaque rouge; le reste de la muqueuse est pâle et épaissi. Dans l'intestin grêle on remarque un développement assez grand des valvules conniventes. Toute la muqueuse est décolorée, excepté sur une étendue de 20 centimètres à la fin de l'iléon, où il existe une rougeur violacée très-vive.

L'altération des plaques de Peyer commence à deux mètres environ du duodénum. On rencontre d'abord des plaques réticulées, au nombre de dix, sans rougeur, elliptiques, ovalaires, ayant leur plus grand diamètre disposé dans le sens de l'axe de l'intestin. Leur dimension varie entre 2 et 5 centimètres pour la longueur, 1 et 2 pour la largeur. Plus loin, à environ 30 centimètres de la valvule iléo-cœcale, on constate une petite ulcération à bords relevés et taillés à pic. De ce point jusqu'au cœcum on compte neuf ulcérations ovalaires, disposées en sens inverse des plaques de Peyer, c'est-à-dire dans une direction transversale : les plus grandes ont 5 millimètres de largeur sur 1 centimètre de longueur; les plus petites ont la dimension d'une lentille : les bords sont relevés, taillés à pic, quelquefois indurés; chez la plupart, il ne reste que la séreuse péritonéale; la muqueuse et la tunique musculeuse sont détruites : l'une d'elles renferme au fond une matière jaune, ocreuse. La cinquième de ces ulcérations présente la perforation; elle est située à 15 centimètres de la valvule iléo-cœcale; enfin, près de cette dernière on voit une large plaque épaissie, soulevée, avec quelques points ulcérés. Dans l'espace occupé par ces diverses ulcérations, la muqueuse intestinale offre une rougeur violacée très-prononcée. Le gros

intestin est pâle dans toute son étendue, excepté dans sa partie moyenne où il existe un peu d'injection.

Le foie est très-volumineux ; il est d'un gris verdâtre sur sa face antérieure ; le tissu est très-dense, très-ferme, il crie sous le scalpel, et présente une coloration rouge. Dans la partie inférieure et moyenne du lobe droit se trouve un kyste osseux, du volume d'une noix, renfermant une matière blanchâtre, caséeuse, ressemblant à du plâtre gâché.

La rate est hypertrophiée ; elle mesure 18 centimètres de longueur et 15 de largeur. A sa partie supérieure il existe des fausses membranes, et au-dessous d'elles deux petites excavations situées l'une à côté de l'autre et ayant le volume d'une noisette ; elles paraissent dues à une destruction de tissu consécutive elle-même à l'inflammation. Les reins sont un peu congestionnés.

OBSERVATION XXVI.

Fièvre typhoïde, stupeur légère, absence d'ataxie, adynamie peu marquée, symptômes abdominaux prédominants, bénignité apparente, hémorrhagie intestinale, péritonite suraiguë ; mort le 14e jour. Quelques plaques pointillées et réticulées, ulcérations nombreuses, perforation intestinale, épanchement de matières fécales dans le péritoine. (Service de M. le docteur Pastureau, médecin principal.)

C.... (Jean), né à Préhat (Gironde), entre à l'hôpital Saint-Éloi le 27 novembre 1860 (salle Saint-Éloi, lit No 30).

Antécédents. — 22 ans ; tempérament lymphatique ; constitution bonne ; complexion forte ; incorporé dans le 1er régiment du Génie depuis six mois seulement ; arrivé récemment de Metz après un mois de marche ; accès de fièvre intermittente il y a deux ans.

Début. — Le 22 novembre 1860, frisson, malaise, inappétence, vertiges, rêvasseries, diarrhée, absence d'épistaxis.

État actuel, 7e jour. — Décubitus dorsal, affaissement, stupeur légère, intelligence conservée, rougeur de la face, céphalalgie intense, vertiges, chaleur de la peau et fréquence du pouls (105), soif, rougeur de la langue, liséré des gencives, douleur à la pression et gargouillement dans la fosse iliaque droite, diarrhée. (Eau gommeuse ; six sangsues au niveau de la fosse iliaque droite ; un

demi-lavement émollient ; frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain belladoné.)

Marche. — Le 8e jour, la douleur de la fosse iliaque droite est beaucoup moins intense ; le 9e jour, apparition des taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et à la base du thorax, toux légère, râles sibilants et ronflants, plus prononcés en arrière qu'en avant, ballonnement du ventre, absence de gargouillement, diarrhée, douleur légère à la pression dans la fosse iliaque droite, pouls à 80. (Eau et sirop de groseille ; un demi-lavement émollient ; onctions mercurielles sur l'abdomen.)

Du 10e au 12e jour, amaigrissement, vertiges, rêvasseries, surdité, stupeur légère, intelligence intacte, langue rouge aux bords, sèche, liséré blanchâtre sur les gencives ; pouls de 90 à 95, petit, dépressible ; râles ronflants et sibilants, ballonnement du ventre plus marqué, diarrhée.

Le 13e jour, deux selles sanguinolentes pendant la nuit, ventre tendu, pouls à 95. (Limonade ; potion gommeuse avec 40 gouttes de perchlorure de fer ; glace ; un demi-lavement froid.) Le soir, vers trois heures, le malade accuse une douleur violente dans les testicules ; en même temps l'abdomen est douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite ; anxiété, petitesse du pouls. (Potion avec extrait gommeux d'opium, 0,10.)

Le 14e jour, insomnie, prostration, face grippée, beaucoup d'anxiété, hoquet, sudamina au cou et sur la partie antérieure de la poitrine, pouls très-petit et très-fréquent, peau chaude, trois selles sanguinolentes depuis hier matin, douleur très-vive à la pression dans la fosse iliaque droite. (Eau et sirop de capillaire ; glace ; frictions avec l'onguent napolitain belladoné sur le ventre.) Le soir, sueur froide sur la face ; narines pulvérulentes, respiration rare ; pouls fréquent, imperceptible, inégal ; intelligence encore conservée ; mort à 10 heures du soir.

Nécropsie faite 17 heures après la mort.

État extérieur. — Maigreur peu prononcée, ventre météorisé.

Tête. — Le cerveau n'est pas examiné.

Poitrine. — Les deux poumons présentent un peu d'engouement sur leur bord postérieur et à la base ; le tissu incisé est rouge et

laisse s'écouler un liquide sanguinolent; il crépite et surnage. Le cœur n'offre rien de particulier à noter.

Abdomen. — La cavité péritonéale renferme environ un litre d'un liquide brunâtre, constitué par de la sérosité dans laquelle sont délayées des matières fécales. L'aspect et l'odeur de ce liquide ne permettent pas de méconnaître la présence de ces dernières. L'épanchement siége surtout du côté droit entre les anses de l'intestin grêle et du colon ascendant. La tunique séreuse des intestins est injectée et recouverte çà et là de fausses membranes molles et récentes. L'iléon présente de distance en distance des taches rougeâtres, et sur l'une d'elles, vers l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, il existe une perforation.

La muqueuse de l'intestin grêle est injectée dans plusieurs points, et surtout au voisinage des plaques de Peyer. Celles-ci offrent diverses altérations. On trouve d'abord dix plaques pointillées ayant l'aspect d'une barbe récemment faite. Les quatre plaques qui suivent sont réticulées et en même temps parsemées de points noirs. Ces plaques sont de plus en plus larges à mesure qu'on s'approche de la fin de l'intestin; elles sont ovoïdes, dirigées dans le sens de l'axe de l'intestin et placées à l'opposite de l'insertion mésentérique. Il n'y a pas de plaques gaufrées; ce sont les ulcérations qui prédominent chez ce sujet. Elles commencent dès la quinzième plaque, et existent jusqu'à la fin de l'iléon sur une étendue de 85 centimètres; elles occupent les plaques de Peyer. La première siége sur une plaque réticulée, mais la deuxième a envahi toute la surface du follicule agminé. Elles ont des formes variables; en général, elles sont irrégulièrement circulaires, et présentent en certains endroits des anfractuosités. Les bords en sont épaissis, tuméfiés, taillés à pic; quelques-unes offrent sur leur pourtour un décollement de la muqueuse peu étendu. Le travail de mortification a complétement détruit la muqueuse et la membrane fibreuse; le fond de l'ulcération est constitué par la couche musculeuse, dont on aperçoit aisément les fibres transversales. — La dimension des ulcérations varie entre quelques millimètres et deux centimètres de diamètre. — On en compte quatorze; les cinq dernières sont agglomérées au voisinage de la valvule iléo-cœcale.

La perforation siége au centre de la cinquième ulcération ; elle

est placée à 40 centimètres de la valvule et mesure 2 millimètres de diamètre. L'ulcération, qui présente une longueur de 2 centimètres et une largeur de 1 centimètre, a mis à nu, près de ses bords, les fibres musculaires; mais au centre, sur une étendue de 5 millimètres de diamètre, il ne reste que le péritoine semblable à une pellicule d'oignon, et c'est sur cette portion de séreuse que l'on trouve la perforation.

Le gros intestin est un peu injecté. — Les ganglions mésentériques sont rouges, augmentés de volume; leur dimension égale celle d'une petite amande; l'incision permet de constater un peu de ramollissement de leur tissu. — Les reins sont légèrement hypérémiés; la rate est friable, molle, augmentée de volume (d'un tiers environ). — Le foie ne présente pas de développement anormal; il offre à sa face inférieure dans toute son étendue une coloration bleuâtre, qui s'est communiquée au parenchyme même sur une profondeur de 5 centimètres.

OBSERVATION XXVII.

Fièvre typhoïde compliquée de fièvre rémittente; prédominance de l'irritation et de la faiblesse; stupeur légère; absence de délire; péritonite par perforation; mort le 25e jour. Fausses membranes et épanchement de sérosité dans le péritoine; plaques de Peyer gaufrées et ulcérées; trois perforations. (Service de M. le docteur Guinier.)

G... (Émilien), domestique, 20 ans, né à Saint-Félix (Hérault), arrive de Villeneuve, pays marécageux. Ce jeune homme, doué d'un tempérament bilioso-sanguin et d'une complexion assez bonne, n'a jamais été malade.

Début. — Admis à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Vincent, lit No 10) le 15 septembre 1860, il raconte que, depuis quinze jours environ, il éprouve de la céphalalgie, des douleurs lombaires, de la diarrhée, des vertiges et surtout une faiblesse excessive. Il y a eu des épistaxis et des vomissements dans les premiers jours.

État actuel. — Le 16 septembre (17e jour), il présente les symptômes suivants : décubitus dorsal, stupeur légère, affaissement, intégrité de l'intelligence, réponses nettes; chaleur de la peau modérée, légère moiteur; pouls à 72, régulier; céphalalgie peu intense : légère surdité; langue légèrement blanche, rouge à la pointe et sur

les bords, soif, liséré des gencives; diarrhée (quatre selles); pétéchies sur toute la surface du corps; un peu d'obscurité de la respiration à droite en arrière, absence de matité et de toux; dans la journée, épistaxis légère. (Tisane de mauve et de tilleul, cataplasmes aux pieds.)

Du 18e au 23e jour, nuits assez bonnes, rêvasseries, affaissement de plus en plus marqué, stupeur légère, réponses moins précises. Jusqu'au 22e jour, le malade est couvert de sueur tous les matins; apparition des taches rosées lenticulaires, disparition des pétéchies; langue blanche à la base, rouge sur les bords; ventre indolore, constipation; mais le 22e jour, quatre selles liquides sanguinolentes; chaleur de la peau élevée, pouls à 70; râles sibilants abondants. (Bouillon, potion avec sulfate de quinine, 1,00, résine de quinquina, 4,00; cataplasme émollient, un quart de lavement avec la décoction de graine de lin.)

Le 24e jour, douleur abdominale très-intense augmentant à la pression, cinq à six selles liquides depuis hier matin, tremblement de la langue, soubresauts des tendons, peau sèche, pouls à 100, rougeur au sacrum. (Le matin, potion avec le sulfate de quinine; le soir, onctions sur l'abdomen toutes les trois heures avec baume tranquille 30,00 et laudanum dix gouttes, cataplasme émollient.)

Le 25e jour, insomnie, douleurs abdominales très-vives, surtout à la pression; météorisme, vomissement répété de matières verdâtres, langue sèche, rouge sur les bords et à la pointe; pouls très-fréquent et très-petit, soubresauts des tendons, stupeur légère, intelligence intacte. (Frictions avec onguent napolitain 30,00, extrait de belladone 2,00.) A dix heures, les vomissements continuent, la face se crispe, le malade éprouve beaucoup de difficulté pour s'exprimer, le ventre est très-douloureux, dyspnée, refroidissement des extrémités; mort à quatre heures.

Nécropsie faite 22 heures après la mort.

A l'ouverture du corps, on trouve des adhérences anciennes du poumon droit avec les parois de la poitrine et de l'engouement à la partie postérieure des deux poumons; le péricarde adhère complètement au cœur; il ne peut pas être enlevé sans être déchiré.

La cavité abdominale renferme une petite quantité de sérosité

citrine ; les intestins grêles sont recouverts de fausses membranes blanches, molles, siégeant principalement au niveau du cœcum et de l'extrémité inférieure de l'iléon ; le péritoine qu'elles tapissent est très-injecté. Dans l'intestin grêle, on constate des plaques de Peyer présentant la forme gaufrée. On rencontre aussi un grand nombre d'ulcérations ; elles sont placées sur les plaques de Peyer ; leur forme est très-variable, mais en général elle est elliptique ; les bords sont durs, épais, saillants ; chez quelques-unes le fond de l'ulcération est constitué par le péritoine mis à nu ; plusieurs renferment de la matière jaune. On remarque, en outre, un certain nombre de follicules isolés, rouges, épaissis, ulcérés à leur centre ; l'ulcération est profonde, mais elle est en général peu étendue. On constate trois perforations intestinales : les deux premières sont très-petites (2 millimètres de diamètre); elles siégent au centre d'un follicule isolé et semblent avoir été produites à l'aide d'un emporte-pièce ; la troisième, plus large (1 centimètre environ de diamètre), est située sur une plaque de Peyer, au voisinage de la valvule iléo-cœcale.

Le gros intestin ne présente qu'un peu de rougeur ; les ganglions mésentériques sont engorgés, rouges et ramollis : la rate est augmentée de volume et friable. Le foie et les reins sont hypérémiés.

OBSERVATION XXVIII.

Fièvre typhoïde en apparence légère, compliquée d'un élément rémittent qui masque les symptômes de la fièvre typhoïde ; sulfate de quinine ; suspension des exacerbations ; convalescence ; excès dans l'alimentation, péritonite et mort le 52e jour. Perforation intestinale ; plaques de Peyer réticulées et ulcérées. (Service de M. le professeur Dupré et de M. le professesseur René.)

S... (Georges), sapeur au 1er régiment de Génie, 25 ans, né dans le département du Bas-Rhin, incorporé depuis seize mois, habite Montpellier depuis cette époque. Doué d'une constitution forte et d'un tempérament nervoso-sanguin, il n'a jamais été malade.

Début. — Le 29 novembre 1862, il éprouve dans la journée des frissons légers et des douleurs vagues dans les membres ; en même temps, il accuse une grande faiblesse dans les jambes, de la céphalalgie et de l'inappétence. Pas de diarrhée, ni d'épistaxis. On le fait vomir le 4e jour.

État actuel. — Le 8e jour, il entre à l'hôpital Saint-Éloi et présente les symptômes suivants : abattement, stupeur légère, céphalalgie, rêvasseries, chaleur très-vive, pouls à 128, sueur abondante dans la matinée ; soif, inappétence ; langue rouge sur les bords, blanchâtre à la base ; tendance à la sécheresse sur le milieu ; liséré des gencives ; douleur iléo-cœcale, constipation, pas de gargouillement ; toux sèche, pénible ; quelques râles sibilants, pas de taches rosées. (Bouillon maigre, tisane d'orge miellée.) Le soir, exacerbation notable, animation de la face, chaleur plus élevée, pouls plus fréquent que le matin (140), vif.

Du 9e au 15e jour, affaissement, stupeur légère, parole brève, sécheresse de la langue, encroûtement brunâtre des dents et des lèvres ; douleur abdominale, pas de gargouillement, ni de diarrhée ; toux légère, râles sibilants nombreux ; quelques taches rosées sur l'abdomen ; épistaxis peu abondante le 15e jour ; mais ce qui prédomine, c'est une exacerbation qui se montre tous les soirs : le matin le malade est couvert de sueur ; la chaleur devient modérée et le pouls est à 100, en moyenne ; le soir, la chaleur est excessive, il y a du malaise et une fréquence plus grande du pouls (120). — Le 10e jour, on le purge (deux verres d'eau de Sedlitz) ; le 12e, on lui fait prendre une potion avec sulfate de quinine 1,00 et résine de quinquina 4,00 ; le 13e, on répète le purgatif (huile de ricin) ; le 15e et 16e jour, on revient à l'emploi du sulfate de quinine. Les exacerbations diminuent d'intensité, mais elles ne disparaissent que vers le 19e jour ; les taches persistent encore ; il y a de la sécheresse de la langue et de la constipation ; le pouls perd de sa fréquence, mais le malade est encore très-faible. Le 22e jour, on lui permet des aliments solides, et le 30e jour, la guérison paraît assurée.

Le 42e jour, on le fait passer dans un service complémentaire, composé de malades convalescents. Là, il se procure des aliments ; le 47e jour, il mange une livre de pommes qu'un de ses camarades lui a apportées. Dans la journée, il accuse un frisson léger ; le lendemain, diarrhée considérable (huit selles) ; le soir, il éprouve une douleur très-vive dans la région hypogastrique ; rétention d'urine ; on est obligé de le sonder. Le 49e jour, anxiété ; la rétention d'urine persiste.

Le 30e jour, dans la matinée, nausées, et bientôt vomissement de matières noirâtres très-abondantes ; douleur abdominale (vésicatoires aux mollets, frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain). Le 31e jour, face grippée, beaucoup d'anxiété, vomissements verdâtres; la moindre pression sur l'abdomen provoque des douleurs intolérables; petitesse excessive du pouls. (Limonade, potion de Rivière; frictions mercurielles.) Le malade succombe le lendemain dans la matinée.

Nécropsie faite 24 heures après la mort.

Abdomen. — Le péritoine renferme un épanchement séro-purulent, constitué par un liquide ayant un aspect blanc-roussâtre et une odeur caractéristique de matière fécale. Le liquide épanché siége surtout dans le petit bassin et entre les circonvolutions intestinales. Celles-ci sont recouvertes de plaques pseudo-membraneuses, établissant entre elles des adhérences intimes en certains points; elles sont en général épaisses, blanches et faciles à déchirer. Au-dessous de ces produits de nouvelle formation, le péritoine est fortement injecté. La rougeur est surtout intense vers la fin de l'iléon. Dans ce point-là, l'injection se traduit par une rougeur noirâtre. A une distance de 1 décimètre de l'appendice iléo-cœcal, sur l'iléon, au milieu de cette rougeur si intense, on constate une perforation ayant près de 3 millimètres de diamètre.

L'intestin enlevé et ouvert présente dans son quart inférieur des plaques de Peyer épaissies et ulcérées. Près de la valvule iléo-cœcale, sur une étendue de 20 centimètres, on compte sept ulcérations, irrégulièrement circulaires, rouges au pourtour, à bords taillés à pic, et siégeant sur des plaques de Peyer un peu épaissies. Chez quatre d'entre elles la tunique musculeuse est à nu ; sur les trois autres, la séreuse se voit au fond de l'ulcération, et c'est au centre de l'une de ces dernières que l'on trouve la perforation. — Les autres plaques de Peyer présentent des altérations moins profondes; elles ont la forme réticulée et font très-peu de saillie à la surface de la muqueuse intestinale. L'intestin est rouge dans toute son étendue, mais l'injection est surtout vive dans les points où siégent les ulcérations.

Il n'y a pas de lésion dans le gros intestin; il est rempli de

matières fécales jaunes et très-dures. — Les ganglions mésentériques sont rouges, engorgés; ils offrent la dimension d'une grosse amande, les plus volumineux se trouvent vers la fin de l'iléon. — La rate a le volume normal; sa consistance n'est pas modifiée. Les autres organes n'offrent rien de particulier.

Poitrine. — Les poumons sont parfaitement sains; il n'y a pas même de congestion.

Crâne. — Le cerveau n'a pas été examiné.

OBSERVATION XXIX.

Fièvre typhoïde simulant une fièvre rémittente, symptômes typhoïdes peu accentués; péritonite; mort le 13e jour. Plaques de Peyer réticulées et ulcérées; perforation dans le cœcum. (Service de M. le docteur Pastureau, médecin principal.)

P.... (Albert), sapeur au 1er régiment du Génie, né à Nancy (Meurthe), âgé de 21 ans, incorporé depuis peu.

Ce jeune soldat est admis à l'hôpital Saint-Éloi le 16 septembre 1861 (salle Saint-Éloi, lit N° 25). Il raconte que, pendant le mois de juillet, il a eu une dysenterie pour le traitement de laquelle il est resté près d'un mois et demi dans le même hôpital (du 19 juillet au 30 août dernier). Sa maladie date de quatre jours seulement: il présente un mouvement fébrile continu, s'accompagnant d'exacerbations manifestes qui surviennent tous les jours dans l'après-midi; elles se caractérisent par une augmentation de chaleur et une fréquence du pouls plus grande. Le sulfate de quinine est prescrit à la dose de 80 centigrammes pendant cinq jours. Malgré l'emploi de ce médicament, la fièvre continue à se montrer; elle s'accompagne toujours d'exacerbations.

Le 12e jour, il survient une douleur suraiguë dans la fosse iliaque droite, au niveau du cœcum; la douleur devient excessive, les traits se crispent, le pouls est petit; il n'y a pas de vomissements. (Eau et sirop de capillaire, 3 pots; 12 pilules renfermant chacune 0,02 d'extrait gommeux d'opium.) Le lendemain, vomissement, anxiété excessive, face grippée; la moindre pression sur l'abdomen provoque des douleurs très-intenses; petitesse extrême du pouls; mort dans la journée.

A l'*ouverture* du corps, on constate les lésions d'une péritonite récente. Le péritoine renferme un liquide roussâtre, ayant l'odeur et l'aspect de matières fécales délayées dans de l'eau; il est recouvert de fausses membranes récentes, blanches et molles; au-dessous d'elles la séreuse est très-rouge. L'intestin grêle renferme dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale un grand nombre de plaques de Peyer altérées; beaucoup offrent la forme réticulée; elles sont oblongues, légèrement saillantes; quelques-unes seulement présentent l'aspect pointillé. Enfin, les plaques qui sont le plus rapprochées de la valvule sont le siége d'ulcérations profondes; celles-ci ont une forme irrégulièrement circulaire; leurs bords sont épaissis, rouges et comme indurés. Le gros intestin renferme plusieurs ulcérations circulaires et petites; l'une d'elles, placée non loin de l'appendice, présente une perforation; on dirait que cette solution de continuité a été faite à l'aide d'un emporte-pièce.

Les ganglions mésentériques sont engorgés et rouges; la rate est volumineuse et diffluente.

Les poumons sont légèrement engoués à leur partie postérieure. Le cerveau n'a pas été examiné.

Ces cinq malades ont présenté une fièvre typhoïde en apparence bénigne; à en juger d'après les symptômes, le pronostic paraissait peu sérieux et rien ne faisait prévoir une issue funeste, lorsque la péritonite s'est déclarée. Dans tous ces cas, les phénomènes abdominaux ont été prononcés, le délire a manqué et, à l'exception d'un seul sujet qui a offert quelques soubresauts des tendons et un peu de tremblement de la langue, il n'y a pas eu de symptômes ataxiques. Chez les trois derniers, on a constaté des exacerbations très-accentuées, et même celles-ci ont été tellement prédominantes et les phénomènes typhoïdes si légers, qu'on s'est demandé s'il ne s'agissait pas d'une fièvre rémittente plutôt que d'une fièvre typhoïde.

La péritonite s'est montrée à des époques variables; elle est survenue les 12e, 13e, 17e, 24e et 48e jour. Elle a

duré environ trente heures chez trois malades, trente-six heures chez un autre et quatre jours chez un cinquième. Une seule fois cette complication s'est développée pendant la convalescence, à la suite d'un excès dans l'alimentation. Dans deux cas, elle a été précédée d'hémorrhagie intestinale; deux fois le début a été annoncé par un frisson. Chez tous, il y a eu les principaux symptômes de la péritonite: nausées, vomissement, douleur abdominale très-vive augmentant par la pression, météorisme considérable, petitesse du pouls, face grippée, etc. Enfin, chez trois individus, nous avons remarqué la suspension de la diarrhée dès l'arrivée de la perforation.

Ces observations nous démontrent encore un défaut de corrélation entre les symptômes et les lésions; on voit des fièvres typhoïdes, bénignes en apparence, s'accompagner de lésions intestinales profondes.

B. Péritonite sans perforation.

Chez les cinq sujets dont nous allons raconter l'histoire, nous avons trouvé à l'autopsie des traces de péritonite sans perforation intestinale. Deux fois cette lésion a été diagnostiquée; trois fois, au contraire, elle ne s'est révélée par aucun symptôme; elle n'a pu être constatée qu'à l'ouverture du corps, mais dans ces derniers cas elle a joué un rôle fort secondaire.

OBSERVATION XXX.

Fièvre typhoïde en apparence légère; symptômes bronchiques prédominants, adynamie constante; absence de phénomènes ataxiques; complication de pleuro-pneumonie et de péritonite; mort le 15e jour. Absence de perforation intestinale; ulcérations nombreuses dans l'intestin; plaques de Peyer pointillées, réticulées et gaufrées; gonflement des follicules isolés. (Service de M. le Dr Guinier et de M. le profr Dupré.)

B.... (Thérèse), domestique, 18 ans, née dans le département du Gers, arrivée à Montpellier depuis quelques jours seulement.

Douée d'une impressionnabilité excessive, d'un tempérament très-lymphatique et d'une assez bonne complexion, elle est issue de parents qui sont morts fort jeunes; elle n'est pas encore réglée, et présente depuis un an des symptômes de chlorose. (Pâleur des téguments, palpitations, névralgies, œdème des pieds, etc.)

Début. — Il a eu lieu le 10 octobre 1860; il a été précédé pendant une quinzaine de jours d'une grande faiblesse, de céphalalgie, de vertiges. Le 10 octobre, elle éprouve beaucoup de malaise; la veille, elle avait saigné du nez. Le 2e jour, elle accuse des frissons à plusieurs reprises; elle se sent plus faible et la céphalalgie est plus intense; il y a de la constipation.

État actuel. — Le 12 octobre, elle entre à l'hôpital Saint-Éloi (salle Sainte-Marie, lit No 11); le lendemain, 4e jour, nous constatons les symptômes suivants: nuit bonne, tête lourde, bourdonnement des oreilles; langue large, rouge sur les bords et à la pointe, recouverte d'un enduit blanchâtre épais; liséré blanc des gencives, bouche mauvaise, inappétence, quelques nausées de temps en temps; ventre un peu douloureux à droite, gargouillement, constipation; chaleur de la peau modérée, pouls fréquent (100), développé, toux légère, absence de râles. (1,25 ipécacuanha en poudre, en trois fois.)

Marche. — Le 6e jour, rêvasseries, liséré des gencives de plus en plus marqué, vertiges, sifflement des oreilles; langue rouge aux bords, pointillée; ventre un peu tendu, indolore, gargouillement, une tache rosée sur l'abdomen, cinq à six selles hier, pouls à 100. (Mauve et tilleul, cataplasme émollient, quart de lavement avec une décoction de graine de lin.)

Du 7e au 9e jour, sommeil assez bon, rêvasseries, un peu de surdité, stupeur légère, langue humide; ventre un peu tendu, un peu douloureux à droite à la pression; deux taches rosées, peau chaude et sèche, pouls à 96; exacerbation, tous les soirs, caractérisée par un peu plus de fatigue et de chaleur et par un peu de sueur. (Onctions huileuses sur le ventre.)

Le 10e jour, taches rosées lenticulaires nombreuses, ventre très-douloureux à la pression à droite, gargouillement, un peu de météorisme, diarrhée, toux plus fréquente, crachats muqueux; râles

sibilants plus abondants en arrière qu'en avant et plus marqués du côté gauche que du côté droit; un peu d'obscurité du murmure vésiculaire à droite sans matité; pouls à 88. Les jours suivants, l'exacerbation persiste le soir; il y a de l'animation des joues, la chaleur est plus grande, la soif plus vive et le pouls plus fréquent; on note de la sueur le matin. La langue est toujours humide; il n'y a qu'un petit nombre de selles liquides (une ou deux). A dater du 13e jour, on donne le sulfate de quinine 0,75 et la résine de quinquina 6,00 en potion. L'exacerbation continue à se montrer; les râles sibilants persistent; le pouls varie entre 88 et 96 pulsations.

Le 19e jour, on remarque un peu d'amaigrissement, rêvasseries, vertiges, stupeur légère, intelligence parfaite, la langue tend à sécher, diarrhée, taches rosées nombreuses; mélange de râles ronflants, sibilants et sous-crépitants en arrière; toux fréquente, expectoration muqueuse. (Bouillon et crême de riz, eau et sirop de groseille, vésicatoire au bras droit, onctions huileuses, cataplasme émollient sur le ventre.) Ce jour-là le sulfate de quinine est suspendu, l'exacerbation manque; les jours suivants, on ne constate le soir qu'un peu d'animation de la face. Persistance de la diarrhée, de la tension du ventre, des taches rosées et de la surdité.

Le 27e jour, on constate des signes de pleurésie du côté droit; on trouve un peu de matité à la base, une légère voussure et du frottement pleural; à gauche, il y a toujours des râles ronflants et sous-crépitants. Le pouls est à 92, le sommeil est assez bon, la langue humide, le pouls souple; il y a eu une selle liquide. (Un demi-potage au sagou, tisane pectorale édulcorée avec le sirop de capillaire, vésicatoire sur la partie postérieure droite du thorax.) Le 29e jour, apparition de la menstruation; les rêvasseries ont cessé, la stupeur est légère; affaissement peu marqué, ventre indolore, selles rares.

Du 30e au 38e jour, affaissement constant, maigreur plus marquée, dureté de l'ouïe; symptômes pectoraux prédominants, toux fréquente, expectoration abondante; l'auscultation révèle les mêmes bruits anormaux, persistance des taches; la diarrhée alterne avec la constipation. Dès le 32e jour, la fièvre tombe (84), la malade se lève tous les jours, se promène un peu dans la salle; diarrhée plus

abondante (cinq à six selles par jour), ventre indolore, mais ballonné. (Potion gommeuse additionnée de 30 gouttes de laudanum.)

Le 39e jour, frisson très-violent à dix heures du matin qui persiste pendant une heure et demie. Déjà, un quart-d'heure avant le frisson, il était survenu dans l'abdomen, principalement du côté droit, une douleur très-intense; le soir, le pouls est fréquent et la chaleur vive; la douleur persiste. Le 40e jour, peu de sommeil; la douleur abdominale, plus marquée à gauche qu'à droite, augmente par la pression; face grippée, petitesse et fréquence du pouls (116), oppression (34 inspirations), cinq à six selles liquides. (Le soir, faire prendre chaque heure une pilule contenant 0,02 d'extrait gommeux d'opium, frictions avec onguent napolitain 30,00, extrait de belladone 3,00.)

Le 41e jour, la malade est dans un état de torpeur dû à la médication (elle a pris 0,32 d'extrait gommeux d'opium); pouls très-petit, quelques nausées; elle paraît supporter un peu mieux la palpation abdominale; le soir, somnolence, pouls plus petit que le matin, respiration rare (10 inspirations par minute), trois selles liquides.

Du 42e au 45e jour, hoquet, vomissement de matières verdâtres se répétant souvent; ventre ballonné, très-douloureux, surtout à la pression; cependant la malade supporte le poids des couvertures et des cataplasmes; pas de selles; le pouls devient de plus en plus petit (126 à 136), l'oppression est très-grande (26 respirations par minute), la face se grippe, l'affaissement fait des progrès, et la malade succombe le 45e jour, vers midi. (Limonade édulcorée avec le sirop de gomme; eau de Seltz, continuation des pilules opiacées, mais on les suspend le 42e jour à cause des vomissements; on les remplace le lendemain par la solution suivante : acétate de morphine 0,10, eau distillée 120,00, à prendre une cuillerée à café chaque heure; onctions mercurielles.)

Nécropsie faite 19 heures après la mort.

État extérieur. — Maigreur prononcée; ballonnement considérable du ventre, rougeur intense de la région lombaire.

Tête. — Le crâne n'a pas pu être ouvert.

Poitrine. — Le poumon droit adhère dans toute son étendue avec les parois du thorax à l'aide de fausses membranes blanches,

récentes, faciles à déchirer; elles sont plus marquées à la base qu'en haut. Le poumon est hépatisé dans son lobe moyen; le tissu est rouge, dense, plus lourd que l'eau; il ne crépite plus; engouement du lobe inférieur; le lobe supérieur est sain, il crépite très-bien; les bronches renferment une spume séro-sanguinolente. Le poumon gauche présente de la congestion à la base; il est sain dans le reste de son étendue. Le cœur n'offre aucune altération.

Abdomen. — Les intestins sont fortement distendus par des gaz. Le péritoine renferme une grande quantité de liquide séro-purulent; celui-ci occupe surtout les parties déclives. Les circonvolutions intestinales sont recouvertes d'une couche de fausses membranes molles, récentes, qui les font adhérer entre elles; ces fausses membranes sont plus prononcées du côté droit que du côté gauche. Au-dessous d'elles le péritoine est injecté.

L'intestin, examiné avec le plus grand soin, ne présente aucune perforation; il offre à l'intérieur des lésions nombreuses. L'altération des plaques de Peyer commence à 2 mètres 50 centimètres de la valvule iléo-cœcale. On trouve d'abord des plaques pointillées; plus loin, ce sont des plaques réticulées; enfin, il en existe trois avec la forme gaufrée: le nombre de tous ces follicules est de quatorze; ils augmentent d'étendue à mesure que l'on approche de la valvule iléo-cœcale; ils sont elliptiques, et leur plus grand diamètre se dirige dans le sens de l'axe de l'intestin. A la fin de l'iléon, sur une étendue de 1 mètre environ, on remarque un grand nombre d'ulcérations; leur dimension est variable, quelques-unes ont même 25 millimètres de diamètre; elles sont pour la plupart ovalaires, mais plusieurs ont une forme circulaire; leurs bords sont taillés à pic et épaissis. Beaucoup de ces ulcères ne présentent plus au fond que la tunique séreuse, semblable à une pellicule d'oignon. Sur une étendue de 50 centimètres près de la valvule, les ulcérations sont si nombreuses et si larges qu'elles se touchent presque et semblent n'en constituer qu'une seule. Dans l'intervalle des plaques de Peyer, épaissies et ulcérées, l'intestin grêle offre quelques follicules isolés, soulevés, blanchâtres. Il n'existe dans le gros intestin qu'un peu d'injection. — L'estomac renfermait un liquide verdâtre, l'intestin grêle un liquide

jaunâtre, et le gros intestin des matières fécales durcies et en petite quantité.

Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume, rouges et ramollis; la rate est peu développée et légèrement friable. Les reins sont un peu congestionnés.

OBSERVATION XXXI.

Fièvre typhoïde, complication catarrhale au début; oppression extrême qu'aucune lésion ne peut expliquer; adynamie constante; quelques symptômes ataxiques; mort le 21e jour. Plaques de Peyer réticulées; ulcérations nombreuses; gonflement des follicules clos; commencement de péritonite. (Service de M. le professeur Dupré.)

C..... (Pierre), menuisier, 17 ans, né à Lyon, arrive de Marseille, où il a séjourné pendant deux ans et demi; tempérament lymphatique, constitution bonne, développement rapide de la taille dans ces derniers temps; il est issu de parents bien portants et n'a jamais été malade.

Début. — Il avait quitté Marseille depuis quinze jours, se rendant à pied à Montpellier, lorsque, le 11 juin 1862, il éprouve de la diarrhée, beaucoup de faiblesse, du malaise et de l'inappétence. Ce jour-là il saigne du nez.

Le 3e jour, il prend le chemin de fer et arrive à Montpellier.

État actuel. — A son entrée à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Vincent, lit No 2), on constate les symptômes suivants : un peu d'affaissement; rêvasseries, larmoiement, injection de la face, érythème sur la partie supérieure et antérieure du thorax, déglutition douloureuse, l'examen de la cavité bucco-pharyngienne révèle un peu de rougeur, langue blanche, liséré léger sur les gencives, un peu de diarrhée, chaleur de la peau assez vive, pouls fréquent. (Ipécacuanha en poudre 1,00 et tartre stibié 0,02.)

Le 7e jour, prostration, stupeur légère, rêvasseries, dureté de l'ouïe, injection de la face, l'érythème de la poitrine s'est effacé; liséré des gencives plus marqué, langue blanchâtre, rouge sur les bords; soif, un peu de diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées, chaleur assez vive; pouls peu fréquent (88), régulier, petit; tremblement des tendons. (Bouillon coupé, solution de sirop de groseille, cataplasme émollient sur l'abdomen.)

Le 8e jour, taches rosées lenticulaires à la base de la poitrine, gargouillement iléo-cœcal, diarrhée (dix selles liquides), pouls à 92, dyspnée considérable, toux sans expectoration, obscurité de la respiration à droite en arrière, râles sibilants et sous-crépitants à la base.

Le 10e jour, nuit assez bonne, stupeur légère, surdité prononcée; langue rouge sur les bords, très-sèche; encroûtement brunâtre des lèvres, météorisme abdominal, gargouillement à droite, pas de selles depuis hier; chaleur élevée, le thermomètre placé dans l'aisselle marque 40° $^1/_5$; pouls fréquent (96), dépressible et régulier; mouvements convulsifs dans les mains; respiration fréquente (36), grande, irrégulière; un peu d'obscurité de la respiration à droite en arrière; à gauche, quelques bulles rares de râle sous-crépitant. (Bouillon coupé, tisane de mauve et de tilleul édulcorée avec le sirop de capillaire, cataplasme émollient sur l'abdomen.)

Le 13e jour, décubitus sur le côté, rêvasseries toute la nuit, subdelirium à divers moments, surdité notable, langue humide, ventre météorisé, deux selles liquides hier, chaleur tactile peu élevée, et cependant le thermomètre placé dans l'aisselle marque 39° $^4/_5$; pouls à 88, assez régulier, petit, dépressible; soubresauts des tendons; respiration fréquente et très-gênée (42 inspirations par minute), profonde, suspirieuse, inégale; dilatation des narines et nécessité de tenir la bouche constamment ouverte, mouvement ascendant du larynx, râles sous-crépitants et sibilants en arrière à la base des deux côtés; toux assez intense, absence d'expectoration. (On a placé, il y a deux jours, un vésicatoire au bras gauche et un autre à la jambe droite; infusion avec ipécacuanha 1,50, quinquina concassé 4,00; eau *q. s.* pour 100,00 d'infusion, sirop d'écorce d'oranges amères 40,00; cataplasme émollient sur le ventre et cataplasmes sinapisés aux pieds.)

Du 14e au 17e jour, délire nocturne, se calmant le matin, mais remplacé dans la journée par un peu de somnolence; vivement interpellé, il répond encore assez bien à nos questions et prétend qu'il va mieux; parfois il marmotte entre ses dents des mots inintelligibles; la prostration est de plus en plus marquée; le malade glisse vers le pied du lit, il est constamment couché sur le dos; la

langue est très-sèche, il la sort très-difficilement ; le ventre est fortement ballonné, les selles sont rares, les taches rosées sont encore apparentes ; le pouls, qui jusqu'alors était peu fréquent, s'accélère dès le 17e jour, il s'élève jusqu'à 112 pulsations par minute, il est petit, dépressible ; la gêne de la respiration augmente encore, pendant les cinq derniers jours on compte 52 inspirations par minute ; l'auscultation ne révèle rien, si ce n'est quelques râles sous-crépitants et sibilants assez rares à la base en arrière. (Le sulfate de quinine est donné pendant deux jours, mais il reste sans action ; vésicatoire à la nuque, limonade vineuse, bouillon vineux ; cataplasmes et lavements émollients.)

Le 20e jour, stupeur très-grande, affaissement extrême, respiration excessivement gênée, le pouls est très-petit (112), soubresauts des tendons, somnolence dans la journée ; mort à une heure de la nuit.

Nécropsie faite 15 heures après la mort.

État extérieur.— La maigreur du sujet est prononcée ; il n'existe pas d'eschares ; le ventre est météorisé notablement.

Tête. — L'examen du cerveau et des méninges ne révèle rien d'anormal.

Poitrine. — Les poumons ne sont nullement congestionnés ; à droite seulement, on constate un léger emphysème.

Abdomen. — L'intestin est distendu par des gaz ; sur sa surface extérieure, il existe un certain nombre de taches rougeâtres correspondant à des lésions de la face interne : on voit, en effet, après qu'il a été ouvert, trente-trois plaques de Peyer présenter des altérations à divers degrés. Les dix-sept premières sont oblongues et réticulées, les dernières sont ulcérées ; elles sont comprises toutes dans une portion d'intestin de 1 mètre 70 centimètres environ de longueur à partir de la valvule iléo-cœcale ; ces ulcérations n'intéressent que la muqueuse, elles sont plus ou moins étendues, les plus grandes atteignent la dimension d'une pièce de 5 francs. Les unes sont ovalaires dans le sens de l'axe ; les autres sont irrégulièrement circulaires, à bords frangés, découpés à pic. Certaines renferment une matière jaune, ocreuse. On rencontre un petit nombre de follicules clos isolés, hypertrophiés. Il n'existe pas de rougeur

dans l'intervalle des ulcérations. Le gros intestin ne présente rien de particulier.

Dans le petit bassin, on voit des traces d'une péritonite au début, c'est-à-dire un léger épanchement et quelques productions plastiques; mais l'examen, fait avec le plus grand soin, ne permet de découvrir aucune perforation.

Les ganglions mésentériques sont volumineux, rouges et ramollis; les plus gros, du volume d'une aveline, sont rapprochés des points ulcérés.

La rate, augmentée de volume, est ramollie. Le foie est volumineux, hypérémié et très-friable. Les reins sont congestionnés.

Nous avons été constamment frappé chez ce malade de la gêne extrême de la respiration, démontrée par la fréquence des respirations (52 par minute) et par le mouvement ascendant du larynx; cependant l'auscultation ne révélait qu'une légère obscurité du murmure vésiculaire et quelques râles bronchiques. Aussi n'avons-nous pas été peu surpris de trouver à l'autopsie les poumons exempts de toute lésion qui pût expliquer une telle dyspnée. — Nous avons constaté également à l'ouverture du corps une péritonite partielle, qui avait dû se développer dans les derniers jours de la maladie et qu'aucun symptôme n'avait fait soupçonner. — Enfin, il convient de faire remarquer que la fréquence du pouls, qui a été peu marquée dans le cours de la maladie (88 à 90), a augmenté notablement pendant les cinq derniers jours. Cette fièvre était évidemment symptomatique des lésions anatomiques.

OBSERVATION XXXII.

Fièvre typhoïde latente simulant au début une fièvre rémittente, nostalgie, taches rosées, peu de diarrhée, ataxie prononcée; complication de pneumonie, commencement de péritonite; mort Plaques de Peyer réticulées, gaufrées et ulcérées. (Service de M. le professeur Dupré.)

G.... (Louis), 21 ans, né dans le département du Loiret, sapeur au 1er régiment du Génie, n'est incorporé que depuis une vingtaine

de jours. Doué d'un tempérament lymphatique et d'une complexion bonne, il n'a jamais été malade. Depuis son arrivée, il est triste et paraît regretter beaucoup sa famille.

Le 13 septembre 1861, il entre à l'hôpital Saint-Éloi (salle Saint-Lazare, lit No 23), présentant depuis quelques jours un peu de diarrhée avec du malaise et de la faiblesse dans les jambes, mais sans fièvre. Le 15 septembre, la diarrhée est suspendue. Le malade mange le demi-quart (aliments solides). Le 16, il a un accès de fièvre, caractérisé surtout par de la chaleur et un peu de céphalalgie. Le 2e jour, apyrexie le matin; nouvel accès dans la journée, constaté par l'infirmier. Le 3e jour, l'accès revient encore, il est plus fort que les précédents; le malade est obligé de se coucher: il a la peau très-chaude et la face animée; il présente un peu de délire. Le 4e jour, affaissement, décubitus dorsal, perte de connaissance, réponses incohérentes, langue un peu sèche, fuliginosités des lèvres, chaleur de la peau élevée, pouls très-fréquent, à 120; rétention d'urine. (Bouillon coupé, potion avec sulfate de quinine 1,00 et résine de quinquina 4,00.)

Le 5e jour, tremblement considérable des membres; il ne comprend pas ce qu'on lui demande. Le soir, on lui parle de son pays, on lui promet de l'envoyer chez lui bientôt; ces paroles semblent captiver son attention et lui faire plaisir. (On continue la potion au sulfate de quinine; tisane de limonade gommée; vésicatoire au mollet.)

Du 6e au 8e jour, le délire alterne avec la somnolence; par moments, le malade comprend ce qu'on lui dit et répond assez bien à nos questions. Il est toujours couché en supination; la langue est sèche, le ventre très-météorisé, douloureux à la pression; il n'y a pas de diarrhée; on constate sur l'abdomen plusieurs taches rosées lenticulaires; la rétention d'urine persiste, on est obligé de le sonder tous les jours; le pouls est irrégulier, petit, dépressible et fréquent (100 à 136). Le matin il y a de la sueur, et le soir une exacerbation caractérisée par l'augmentation de la chaleur et de la fréquence du pouls.

Le 9e jour, le délire continue, la prostration est excessive, la fièvre est toujours très-marquée; la respiration est fréquente. L'examen révèle de la matité à droite, en arrière et dans le tiers moyen,

et du souffle tubaire dans le même point ; il n'y a pas de toux ni d'expectoration. (Infusion avec ipécacuanha 1,50, quinquina rouge 6,00, eau bouillante 100,00 et sirop de capillaire 40,00 ; vésicatoire à la partie antérieure du thorax, du côté droit ; sinapismes aux membres inférieurs.) Pendant la nuit, le malade se lève en délire ; il expire le lendemain matin à six heures.

Nécropsie faite 25 heures après la mort.

Tête. — Injection notable de la pie-mère, surtout à la base du cerveau et sur les parties latérales ; la cavité de l'arachnoïde renferme un peu de sérosité ; la substance cérébrale présente sa consistance normale ; elle offre à la coupe l'aspect piqueté ; il n'y a rien dans les ventricules du cerveau.

Poitrine. — Adhérences anciennes du poumon droit avec les parois de la poitrine dans toute son étendue, excepté à la base. Ce poumon est hépatisé dans presque tout le lobe inférieur ; il ne reste à l'état sain qu'une petite partie de la moitié inférieure de ce lobe. Le tissu hépatisé est rouge, granuleux, dense et friable, il ne crépite pas ; le poumon gauche est fortement congestionné.—Le péricarde renferme un peu de sérosité citrine ; le cœur contient du sang noir et diffluent.

Abdomen.— Les intestins sont très-injectés à leur surface externe ; il existe quelques fausses membranes récentes vers la fin de l'iléon. On trouve dans l'intestin grêle une dizaine de plaques de Peyer altérées ; elles offrent presque toutes la forme réticulée ou gaufrée ; ces dernières sont épaissies et très-saillantes ; elles sont elliptiques et placées à l'opposite de l'insertion du mésentère. Au voisinage de la valvule iléo-cœcale, on constate une large ulcération irrégulière, ayant mis à nu les fibres musculaires de l'intestin. — Les ganglions mésentériques sont rouges et augmentés de volume ; la rate est volumineuse et très-friable ; son tissu se déchire avec la plus grande facilité ; on note un peu de congestion dans le rein droit.

OBSERVATION XXXIII.

Fièvre typhoïde, forme ataxique, météorisme considérable, péritonite sans perforation ; marche rapide ; mort le 11e jour. Gonflement des follicules isolés, plaques réticulées, ulcérations, engorgement des ganglions mésentériques. (Service de M. le professeur Dupré)

B.... (Joseph), 21 ans, né dans le département de la Drôme,

soldat au 77e régiment de Ligne, incorporé depuis un mois et demi; tempérament bilioso-sanguin, constitution bonne, complexion forte, pas de maladies antérieures.

Début. — Le début de sa maladie a eu lieu le 5 octobre. Déjà, depuis deux jours, il éprouvait du malaise, de la céphalalgie, beaucoup de faiblesse, il avait aussi saigné du nez. Le 5 octobre, il a des frissons, de la diarrhée, des rêvasseries, des vertiges et de la titubation.

État actuel. — Il entre à Saint-Éloi le 10 octobre, 6e jour (salle Saint-Lazare, lit No 30). Le 8e jour, nous constatons les symptômes suivants :

Délire tranquille, stupeur, affaissement, narines pulvérulentes; parole brève, saccadée; langue rouge à la pointe et sur les bords, lancéolée, blanche et pointillée à la base; dix selles liquides, gargouillement iléo-cœcal, ventre un peu tendu; trois taches rosées lenticulaires à la base du thorax; un peu de toux; râles sibilants en arrière; pouls fréquent (96); quelques soubresauts des tendons. (Un verre eau de Sedlitz à répéter ce soir, s'il n'y a pas de garde-robe; cataplasmes émollients aux pieds et sur l'abdomen.)

Le 9e et le 10e jour, réponses un peu plus précises, stupeur plus marquée, un peu de dureté de l'ouïe; encroûtement brunâtre des dents; quatre selles liquides, pas de gargouillement ni de douleur abdominale; chaleur élevée; pouls fréquent, petit (104); oppression (32 inspirations); toux fréquente; râles sibilants en avant et en arrière.

Le 11e jour, insomnie, affaissement considérable; paroles incohérentes; vomissement pendant la nuit, nausées dans la journée; abdomen notablement météorisé et très-douloureux surtout à la moindre pression; pouls très-petit, fréquent (108), irrégulier; tressaillement des tendons; cinq taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et sur la poitrine. (Bouillon maigre, solution de sirop de groseille; cataplasme préparé avec la farine de lin et une décoction de racine de guimauve et de tête de pavot.) A deux heures, le malade se lève pour aller à la garde-robe; il éprouve alors un frisson très-violent; traits contractés, extrémités froides, petitesse extrême du pouls; délire; ventre très-douloureux à la pression; rétention d'urine; mort à trois heures.

Nécropsie faite 22 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Un emphysème sous-cutané très-prononcé rend le sujet méconnaissable ; des taches nombreuses d'un rouge vineux siègent sur toute la surface de la peau, et l'épiderme s'enlève facilement ; la raideur cadavérique existe encore.

Tête. — Les sinus et les vaisseaux de la pie-mère sont gorgés de sang ; les ventricules ne contiennent pas de sérosité ; la substance cérébrale a sa consistance normale et n'offre point de piqueté.

Poumons. — Leur volume est augmenté par un emphysème notable ; dans la partie inférieure et postérieure de ces organes, on voit les traces d'une congestion prononcée ; mais dans ces points, le tissu crépite et, mis dans l'eau, il surnage. — Le péricarde renferme quelques cuillerées de liquide. Le cœur paraît volumineux ; les parois du ventricule gauche sont épaisses. L'endocarde des deux côtés présente une injection cadavérique ; on ne rencontre pas de caillots. Dans le ventricule droit, il existe du sang à l'état liquide, mais poisseux.

Abdomen. — Des gaz très-fétides s'échappent de la cavité abdominale, et l'intestin distendu tend à sortir. Il s'écoule, venant du bassin, un demi-litre environ de sérosité rougeâtre ; ce liquide n'exhale pas d'odeur stercorale et ne paraît nullement contenir de matières fécales délayées.

Le péritoine pariétal est injecté dans son tiers inférieur. Le péritoine viscéral présente le même caractère au même niveau, mais surtout au voisinage du cæcum sur l'extrémité de l'intestin grêle ; là, dans une étendue de 2 décimètres, la rougeur est très-vive et uniformément répandue. On rencontre aussi dans ce point quelques fausses membranes molles et récentes. L'examen ne révèle aucune perforation, et l'épreuve par l'eau n'en fait pas découvrir. En remontant vers la partie supérieure de l'intestin grêle, on constate de distance en distance quelques plaques rouges indiquant le siége de lésions intestinales.

L'estomac est sain ; dans toute l'étendue du duodénum et dans le tiers supérieur du jéjunum, il existe une coloration bilieuse prononcée ; les valvules conniventes sont très-jaunes et très-développées.

Après une série de plaques de Peyer saines, on en trouve huit

légèrement épaissies et villeuses. A 80 centimètres environ du cœcum, on commence à rencontrer des altérations plus profondes; on y remarque trois follicules isolés, épaissis, rouges, de la dimension d'une pièce de 50 centimes et portant de légères exulcérations. Une de ces glandes est complètement ulcérée; elle renferme de la matière jaune. On y voit aussi six plaques de Peyer saillantes, hypertrophiées, à forme gaufrée. Quelques-unes ont l'aspect dit de *barbe fraîche;* toutes présentent des ulcérations d'étendue variable, mais n'intéressant que la muqueuse. La plupart ont la forme elliptique; quelques-unes sont ovales ou presque circulaires; elles siègent à l'opposé de l'insertion mésentérique. Près de la valvule iléo-cœcale, les ulcérations sont groupées. Dans l'intervalle des plaques sont répandus des follicules clos soulevés, semblables à des grains de riz. Sur la partie supérieure de la valvule, on trouve une plaque gangréneuse noire, de 5 à 6 centimètres de longueur.

Dans toute la partie inférieure de l'iléon, la muqueuse est épaissie, mais nulle part elle ne présente d'injection. Un emphysème sous-muqueux existe tout le long de cet organe. Le gros intestin est injecté à sa partie supérieure; on rencontre à ce niveau, dans l'espace de 30 centimètres, quelques plaques isolées, rougeâtres, et plusieurs follicules soulevés. Les ganglions mésentériques, fortement engorgés, sont rouges et ramollis; les plus gros, du volume d'une noix, sont groupés au voisinage de l'appendice cœcal.

La rate engorgée mesure 20 centimètres de hauteur sur 15 de largeur; elle est très-friable et très-ramollie. Le foie est décoloré: la vésicule du fiel injectée se trouve vide. Les reins (le droit surtout) sont congestionnés.

OBSERVATION XXXIV.

Fièvre typhoïde, nostalgie, taches rosées, symptômes abdominaux prédominants; mort le 17e jour. Ulcérations intestinales, follicules épaissis, injection du péritoine et épanchement de sérosité rougeâtre. (Service de M. le professeur Dupré.)

L.... (Auguste), 21 ans, soldat au 77e régiment de Ligne, né dans le département de la Drôme, doué d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une bonne constitution, a eu dans son enfance

un impétigo de cuir chevelu. Il est incorporé depuis deux mois et paraît nostalgique.

Début. — Le 15 octobre 1863, après avoir fait l'exercice, il éprouve une grande fatigue, de la faiblesse et des douleurs vagues dans les jambes, de la céphalalgie, des vertiges, des rêvasseries et de la diarrhée. Il n'y a pas d'épistaxis.

État actuel.— Le 9e jour, il entre à Saint-Éloi (salle Saint-Lazare, lit No 12); on constate les symptômes suivants : décubitus dorsal, stupeur légère, rougeur violacée des pommettes, suffusion jaunâtre des sillons naso-labiaux; langue sèche, rouge au milieu et à la pointe, présentant de chaque côté une bande blanchâtre; soif vive, douleur à l'épigastre, gargouillement, douleur iléo-cœcale à la pression, diarrhée, chaleur vive; pouls dicrote, fréquent (100); quelques taches rosées sur l'abdomen; toux sèche, absence de râles sibilants. (Tisane d'orge.)

Les jours suivants, stupeur légère, rêvasseries, réponses précises; surdité légère; taches rosées plus nombreuses et plus apparentes; langue toujours rouge et sèche; gargouillement, pas de douleur abdominale, trois à quatre selles liquides par jour; pouls fréquent à 104, dicrote; peau chaude, halitueuse; râles sibilants et ronflants abondants. (Bouillon et crême de riz, eau et sirop de groseille; cataplasme sur le ventre; un verre eau de Sedlitz, le 15e jour.)

Le 16e jour, délire nocturne, stupeur marquée, épistaxis le matin; langue sèche; quatre à cinq selles hier, ballonnement du ventre plus considérable; pouls dicrote, fréquent, à 112. (Cataplasmes sinapisés aux pieds.) Le 17e jour, décubitus dorsal, mouvements encore possibles; subdelirium dans la nuit, réponses peu précises; cyanose des téguments; pulvérulence des narines, oppression excessive; respiration courte, suspirieuse, très-fréquente; mouvement ascendant du cartilage thyroïde; ventre peu douloureux à la pression; selles abondantes, involontaires; météorisme considérable; mort à 10 heures du matin.

Nécropsie faite 23 heures après la mort.

Habitude extérieure. — L'abdomen est distendu par des gaz; des taches violacées existent sur la face et à la partie postérieure du corps.

Tête. — Les vaisseaux de la pie-mère sont gorgés de sang, surtout du côté droit. Les ventricules contiennent une petite quantité de liquide. Le cerveau a sa consistance normale et n'offre point de sablé.

Poitrine — Les poumons crépitent dans toute leur étendue; en avant, ils présentent un aspect grisâtre et bosselé, dû à un emphysème léger; à la partie postérieure et à la base, on remarque une rougeur prononcée; mais même en ce point le tissu crépite; l'incision donne issue à un liquide rougeâtre, qui devient abondant et sort par les canaux bronchiques, si l'on exerce une pression. Il n'existe pas de noyaux hépatisés. Les bronches et la muqueuse de la trachée présentent une rougeur générale. — Dans le péricarde se trouve une certaine quantité de sérosité rougeâtre, qu'on peut évaluer à un quart de verre environ. Le cœur est sain, les cavités ne contiennent pas de caillots; on y voit du sang poisseux, ressemblant à du raisiné clair. L'endocarde, à droite surtout, offre une coloration rougeâtre.

Abdomen. — Dès que les parois abdominales sont incisées, les intestins distendus par des gaz tendent à s'échapper. Le péritoine présente dans toute son étendue une légère teinte rougeâtre; il contient un demi-litre environ de sérosité colorée en rouge.

L'estomac renferme deux ou trois plaques rouges siégeant au niveau de la grande courbure; partout ailleurs la muqueuse est décolorée. L'intestin offre à l'extérieur des taches noirâtres disséminées; comprimé entre les doigts au niveau de ces taches, il donne la sensation d'une induration circonscrite, qui est due à la présence de plaques de Peyer altérées. A l'intérieur, on trouve, en allant de haut en bas, une coloration jaune prononcée qui occupe le tiers de l'organe, et sur quelques points une injection très-limitée. A 2 mètres environ de la valvule, on commence à rencontrer des plaques de Peyer altérées. On constate quatre follicules épaissis, durs, soulevés, plutôt décolorés qu'injectés. Leur forme est irrégulièrement circulaire; ils sont situés à l'opposé de l'insertion mésentérique. Leur diamètre varie de 1 demi-centimètre à 1 centimètre et demi. Sur quelques-uns la muqueuse est ramollie; en outre, il en est trois qui présentent une ulcération sur une partie de leur

surface. On rencontre ensuite treize plaques complètement ulcérées. Les follicules épaissis sont irrégulièrement disséminés entre ces dernières plaques. Les ulcérations ont des dimensions qui varient entre 1 centimètre et 4 centimètres ; une seule, à 50 centimètres de la valvule, mesure 4 centimètres et demi de diamètre. Leur forme est irrégulièrement circulaire ; leurs bords sont durs, épaissis, quelquefois rougeâtres. On voit les fibres musculaires au fond de ces ulcérations, et tout autour la muqueuse est décollée. A 5 ou 6 centimètres de la valvule, on trouve une plaque de forme ovalaire, à bords indurés comme les autres. Sur trois ou quatre plaques, il existe une matière jaune, ramollie, mais difficile à détacher. La valvule du côté de l'iléon offre trois ou quatre petites ulcérations. Le gros intestin renferme sept ulcérations d'un centimètre d'étendue environ; elles se trouvent au voisinage de la valvule, dans un espace de 20 centimètres; leurs bords sont indurés; elles ne contiennent pas de matière ocreuse. Une d'elles siège sur la face cœcale de la valvule. Les ganglions mésentériques sont très-volumineux : les plus gros atteignent le volume d'une noix, les plus petits ont celui d'une noisette. L'incision fait sortir des gaz; leur tissu est rouge et ramolli.

La rate, hypertrophiée, mesure 16 centimètres de longueur et 13 de largeur; elle est diffluente. Le foie est hypérémié et friable; les reins sont congestionnés.

Ces observations démontrent l'existence des péritonites sans perforation intestinale. Dans un premier cas, nous voyons se développer au 39e jour de la maladie des symptômes de péritonite qui persistent pendant sept jours : cette complication, dont le début a été marqué par un frisson très-violent, a présenté une marche beaucoup plus lente que les inflammations du péritoine qui sont dues à une solution de continuité de l'intestin. Chez les deux autres malades, elle ne s'est révélée par aucun symptôme ; chez le quatrième sujet, nous avons constaté le jour de la mort (11e jour) des signes de péritonite (nausées, vomissements, douleur

abdominale très-intense, petitesse du pouls, etc.); enfin, dans le dernier cas, nous n'avons trouvé qu'une injection de la séreuse; bien qu'il n'y ait pas eu de fausses membranes, nous avons cru devoir placer ce fait à côté des autres. Il est à remarquer que tous ces sujets avaient présenté un météorisme considérable de l'abdomen.

QUATRIÈME GROUPE.

Cicatrisation des lésions intestinales.

Chez les deux malades dont l'observation suit, la mort a eu lieu le 37e et 45e jour; elle a été le résultat d'une complication. L'intestin a présenté des traces de cicatrisation sur les follicules isolés et agminés; de plus, le pharynx et le larynx ont été le siége d'ulcérations gangréneuses. Dans un cas, l'asphyxie étant imminente, on a pratiqué la trachéotomie, mais le malade a succombé vingt-quatre heures après.

OBSERVATION XXXV.

Fièvre typhoïde, complication rémittente, adynamie marquée, laryngite ulcéreuse pendant la convalescence, trachéotomie; mort le 37e jour. Plaques réticulées, cicatrices intestinales. (Service de M. le docteur Pécholier.)

C.... (Jean), 23 ans, né dans le département d'Ille-et-Vilaine, soldat dans le 77e régiment de Ligne, incorporé depuis deux ans et demi, habite Montpellier depuis dix-huit mois. Doué d'un tempérament lymphatique et d'une constitution faible, il a été plusieurs fois malade.

Au début, ce militaire accuse de la céphalalgie, une douleur à l'épigastre et de la courbature. A son entrée, il présente tous les symptômes d'un embarras gastrique qui s'effacent sous l'influence d'un vomitif. Vers le 20e jour, il survient de la diarrhée, de l'abattement, de la stupeur, de la fièvre, de la douleur abdominale et du gargouillement; on constate aussi des taches rosées. Le 21e jour, il y a des épistaxis, de la rougeur de la langue, des fuliginosités aux

lèvres et des râles sonores dans la poitrine. Dès ce jour, on remarque l'aprés-midi une exacerbation manifeste ; on donne le sulfate de quinine en lavement, puis en potion, à la dose de 1 gramme ; les exacerbations persistent. Le 24e jour on suspend l'anti-périodique ; mais le redoublement de la chaleur et de la fièvre continuant à se montrer, on revient à l'emploi de ce médicament, auquel on ajoute la résine de quinquina. Vers cette époque, on constate un peu de délire nocturne.

Le 30e jour, le redoublement manque ; il y a un peu de diarrhée, un peu de toux et des râles sibilants et sous-crépitants. Les jours suivants la fièvre cesse, le pouls est petit, la peau sèche, la stupeur encore un peu prononcée, la diarrhée peu marquée (une à deux selles par jour), le ventre un peu tendu ; le malade semble entrer en convalescence.

Le 35e jour, il est un peu plus affaissé, il souffre de la gorge depuis la veille ; l'examen révèle sur les piliers antérieurs, sur le bord libre du palais et sur les amygdales, des plaques noires, gangréneuses, entourées d'ulcérations et recouvertes de fausses membranes. (Bouillon de trois en trois heures, vin sucré, limonade sulfurique, gargarismes avec la décoction de quinquina, cautérisation avec l'acide hydrochlorique). Le soir, la douleur de la gorge a augmenté, la déglutition est difficile, mais la respiration est toujours libre. (Sinapismes aux extrémités inférieures.)

Le 36e jour, dyspnée considérable, sifflement laryngé, injection des capillaires de la face, veines du cou gorgées de sang, extrémités froides, petitesse du pouls ; l'asphyxie devient imminente. La trachéotomie paraît indiquée ; elle est pratiquée par M. le professeur Alquié. Dès que la trachée est ouverte, la respiration redevient facile, le pouls se relève et la chaleur se ranime. (Infusion chaude de mauve et de tilleul, potion calmante, bouillon et vin sucré, boules d'eau chaude aux pieds.) Dans la journée, le mieux persiste ; expulsion par la canule de mucosités épaisses sanguinolentes et de débris membraneux déchiquetés, grisâtres, d'une odeur gangréneuse. Dans la soirée et dans la nuit, les symptômes graves reparaissent : dyspnée, affaissement, somnolence, froid aux extrémités, petitesse du pouls considérable ; on est obligé de remettre en place

la canule qui est expulsée à trois reprises. Mort le lendemain, vingt-quatre heures après l'opération (37e jour de la maladie.)

Nécropsie faite 25 heures après la mort.

Tête. — Il existe une injection notable des vaisseaux de la pie-mère et un peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde ; la substance cérébrale offre l'aspect piqueté, et les ventricules latéraux contiennent une petite quantité de sérosité.

Poitrine et voies respiratoires. — On trouve dans l'arrière-bouche des mucosités épaisses avec des débris membraneux grisâtres d'une odeur infecte. Des ulcérations gangréneuses siégent principalement sur les amygdales, sur les piliers du voile du palais des deux côtés et sur la luette qui est presque entièrement détruite. Elles sont plus profondes à droite qu'à gauche ; elles s'étendent des deux côtés dans les gouttières latérales du larynx ; elles ont envahi aussi le larynx lui-même au-dessous des cordes vocales. Les tissus mortifiés sont noirs, ramollis ; on trouve dans le larynx des débris de fausses membranes et des fragments de tissu. L'épiglotte est rouge et tuméfiée, les replis aryténo-épiglottiques sont également rouges et œdématiés, surtout du côté droit ; cet œdème sous-muqueux diminue notablement le calibre de la glotte.

L'incision de la trachée a divisé les deux premiers cerceaux et les trois intervalles membraneux correspondants ; les tissus qui avoisinent l'incision ne sont pas tuméfiés ; il n'y a pas eu de suppuration. La muqueuse trachéale est rouge, l'injection commence au-dessous de l'incision et s'étend dans les bronches ; cette rougeur est très-intense, elle ne disparaît ni par le lavage ni par le râclage.

Adhérences pleurétiques anciennes du côté droit ; emphysème des deux poumons à la partie antérieure, plus marqué du côté droit que du côté gauche ; emphysème du tissu cellulaire du médiastin antérieur et de la partie inférieure du cou. Engouement sur le bord postérieur et à la base des deux poumons, plus prononcé du côté droit que du côté gauche. Dans ces points, le tissu est très-rouge ; il crépite et surnage. Quelques noyaux d'hépatisation rouge sont disséminés à la base des deux poumons ; le tissu ainsi altéré ne crépite plus, il est plus dense, plus friable, et gagne le fond de l'eau. Le cœur n'offre pas de lésion ; le sang est très-diffluent, il n'y a pas de caillots fibrineux.

Abdomen. — La muqueuse de l'estomac présente une large plaque rouge au niveau du grand cul-de-sac ; dans les autres points, elle est ramollie et blanche. Dans l'intestin grêle, on trouve vingt plaques de Peyer altérées. Les neuf premières sont réticulées ; elles sont décolorées comme la muqueuse qui les entoure. Les onze qui suivent sont plus longues, elliptiques, réticulées, mais plus épaissies que les autres ; elles ont une coloration rouge brunâtre, et la muqueuse qui les tapisse est ramollie. Autour de ces plaques et surtout vers la fin de l'iléon, il existe une injection considérable. Les trois dernières plaques présentent de petites taches blanchâtres : on dirait du tissu cicatriciel. Au voisinage de la valvule iléo-cœcale, on remarque sur des follicules isolés quatre ulcérations cicatrisées. On observe en ces points un tissu blanchâtre, comme froncé, ayant de quatre à cinq millimètres de diamètre, et entouré d'une auréole brunâtre. Le gros intestin est parsemé de follicules isolés, les uns en voie de cicatrisation, les autres complètement cicatrisés. Ils ne font pas de saillie ; ils ont un aspect brunâtre et présentent à leur centre un point rouge, indice de l'ulcération qui existait ; il semble qu'il s'agit d'une ulcération qui s'est rétrécie. Ce point rouge manque sur plusieurs follicules. Les ganglions mésentériques sont brunâtres, légèrement engorgés ; les plus considérables ont acquis le volume d'une dragée. La rate est engorgée et plus friable qu'à l'état normal. Les reins et le foie sont congestionnés ; la vésicule du fiel est remplie d'un liquide jaune blanchâtre.

OBSERVATION XXXVI.

Fièvre typhoïde, prédominance des symptômes pectoraux, otite, laryngite nécrosique et ulcéreuse, pneumonie ; mort le 45e jour. Cicatrices intestinales, hépatisation grise. (Service de M. le docteur Pastureau, médecin principal.)

L..... (Jean), 27 ans, soldat au 77e régiment de Ligne, né dans le département des Basses Pyrénées, incorporé depuis cinq ans.

Il entre à Saint-Éloi (salle Saint-Barthélemy, lit No 10) le 14 septembre 1865, présentant depuis huit jours des symptômes de fièvre typhoïde : épistaxis, rêvasseries, titubation, diarrhée, etc. A son entrée, on constate de la céphalalgie, des vertiges, des taches rosées, de la prostration, de la diarrhée, du gargouillement, des

râles sibilants et ronflants abondants. Les jours suivants, il survient un peu de délire nocturne qui cesse bientôt. Les symptômes prédominants sont ceux de l'adynamie et les phénomènes bronchiques. Enfin, la convalescence s'établit; ce militaire se lève et prend des aliments solides. Pendant le cours de la maladie, il a présenté un peu de surdité; il reste encore une douleur intense dans l'oreille droite, mais il n'y a pas d'otorrhée. Après un mois de séjour à l'hôpital, il éprouve, sous l'influence d'un refroidissement, une douleur de côté, de la toux, de la gêne de la respiration et de l'aphonie; l'exploration de la poitrine révèle tous les signes d'une hépatisation; il y a de la matité, du râle crépitant et du souffle tubaire; les crachats, d'abord rouillés, ont plus tard une couleur jaune citrin; enfin, ils deviennent puriformes. La mort a lieu le 45e jour.

Nécropsie faite 18 heures après la mort.

État extérieur. — Maigreur prononcée.

Tête. — L'arachnoïde renferme un peu de sérosité : cette membrane présente en plusieurs points un aspect gélatiniforme; les vaisseaux de la pie-mère sont injectés ; la substance cérébrale n'est ni congestionnée, ni ramollie. Les cellules mastoïdiennes du côté droit sont remplies de pus, mêlé à de la sérosité ou à du sang; la membrane du tympan est perforée et l'oreille interne rouge.

Poitrine et voies respiratoires. — On observe une ulcération sur chaque amygdale; à gauche elle est plus large et plus profonde qu'à droite. Dans le larynx, les replis aryténo-épiglottiques sont exulcérés; les replis glosso-épiglottiques latéraux sont sains, les replis glosso-épiglottiques médians sont complétement ulcérés. La muqueuse qui recouvre les deux faces de l'épiglotte est détruite; le cartilage de l'épiglotte lui-même est nécrosé et a disparu en partie; il est mis à nu dans presque toute son étendue. Les ulcérations ont un aspect grisâtre; les bords sont épaissis, indurés. Les cordes vocales sont saines, mais la muqueuse qui les tapisse est ramollie; il en est de même de toute la muqueuse du larynx; elle s'enlève avec la plus grande facilité. Au-dessous des ventricules du larynx, il existe une injection notable. Les bronches sont rouges dans toute leur étendue; les ganglions bronchiques sont gros et noirâtres. Le poumon gauche présente de l'emphysème en avant et de l'engouement sur le bord

postérieur. Vers la partie moyenne, on trouve un noyau d'hépatisation du volume d'un œuf; le tissu a un aspect rouge, il présente aussi des points grisâtres; il est plus dense et plus friable qu'à l'état normal. Le poumon droit est plus gros que le gauche; il est complètement hépatisé à l'exception du sommet; il est friable et ne crépite pas; on remarque au milieu de l'hépatisation rouge des points d'hépatisation grise. Le cœur a un volume normal; il présente à gauche des caillots organisés, qui s'irradient les uns dans l'aorte sur une petite étendue, les autres dans l'oreillette et dans la veine pulmonaire. A droite, le ventricule renferme un gros caillot complètement organisé; cette concrétion fibrineuse adhère à la pointe du cœur par de petits appendices qui s'implantent entre les colonnes charnues : de là, il pénètre dans l'artère pulmonaire, et, comme elle, il se bifurque et se subdivise. On a d'abord deux troncs principaux, qui se terminent chacun par cinq ou six petites ramifications. Dans les grosses divisions, le caillot est encore grisâtre et dense, mais plus loin il devient noirâtre et mou. Du point de bifurcation aux ramifications terminales, il mesure 1 décimètre de long.

Abdomen. — L'intestin est injecté dans toute son étendue; on compte vingt-une plaques de Peyer qui ont été altérées, mais qui actuellement sont en voie de cicatrisation. Les dix premières sont irrégulièrement circulaires, opposées à l'insertion du mésentère, grisâtres, et présentent un pointillé noir. Les autres sont elliptiques, d'une longueur de 5 centimètres environ; elles ont aussi un aspect grisâtre, et offrent, comme les précédentes, un pointillé noir, et, de plus, des taches blanchâtres, nombreuses, déprimées, lisses; elles constituent de véritables cicatrices. Vers la fin de l'iléon, la muqueuse présente une coloration grise; elle est ramollie, parsemée d'un grand nombre de taches blanchâtres. Indépendamment de ces lésions, il existe dans l'intestin grêle un grand nombre de follicules isolés : les uns sont blancs et saillants, ils ressemblent à des grains de riz; les autres, lisses, ont un aspect noir; on y remarque un point noir au centre, entouré d'une auréole blanche, limitée elle-même par un cercle noir. Le gros intestin offre aussi beaucoup de follicules isolés ayant cet aspect; la muqueuse est injectée dans leur intervalle. Ces cicatrices intestinales ressemblent assez aux pustules

desséchées des varioleux.—Les ganglions mésentériques sont rouges, presque noirs; ils ont le volume d'un haricot; les plus gros se trouvent au voisinage de l'appendice cœcal. La rate est un peu augmentée de volumé et friable; les autres organes sont sains.

CHAPITRE II.

Observations de phthisie et de scarlatine dans lesquelles on trouve des lésions des follicules intestinaux.

I. Tuberculisation pulmonaire.

OBSERVATION XXXVII.

Tuberculisation pulmonaire aiguë ayant simulé une fièvre typhoïde; ulcérations intestinales.

Un jeune garçon de 11 ans, entre à l'hôpital le 5 mai 1860; il habite Montpellier depuis peu de temps. Doué d'un tempérament lymphatique et d'une constitution délicate, il présente sur le cuir chevelu une éruption impétigineuse. A son entrée, il offre de la stupeur, beaucoup d'affaissement; il a saigné du nez; la peau est très-chaude et le pouls très-fréquent; il y a un peu de diarrhée, mais pas de gargouillement ni de météorisme; l'auscultation révèle des deux côtés de la poitrine des râles muqueux en avant et quelques râles ronflants en arrière. La peau est brûlante, la fièvre très-grande, la langue sèche, rouge sur les bords; la diarrhée persiste; il n'y a pas cependant de taches rosées. La toux est légère et l'expectoration peu marquée. Plus tard, la matité, le souffle bronchique et des râles sous-crépitants, font croire à une complication de pneumonie. L'enfant meurt 38 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'*ouverture* du corps, on trouve un épanchement séro-purulent dans la poitrine du côté gauche; le poumon est réduit au volume des deux poings; il présente au sommet des masses tuberculeuses en partie ramollies; au milieu de ces dernières on constate une caverne à bords anfractueux; le reste du poumon est exsangue. A droite, le poumon offre une infiltration de petits noyaux tuberculeux à l'état cru et de l'emphysème en avant; la plèvre de ce côté renferme des

granulations tuberculeuses. Il existe dans l'intestin grêle et dans le gros intestin de nombreuses ulcérations irrégulières, de dimension variable, ayant mis à nu en plusieurs points la tunique séreuse; elles ne sont pas distribuées d'une manière uniforme ; on ne trouve aucune plaque épaissie. Le gros intestin est injecté, surtout au voisinage du cœcum. Les ganglions bronchiques et mésentériques sont grisâtres, ramollis. La rate offre à sa surface des traces d'inflammation ancienne.

OBSERVATION XXXVIII.

Tuberculisation pulmonaire ayant offert quelques symptômes qui auraient pu faire croire à une fièvre typhoïde ; follicules isolés ulcérés et plaques de Peyer épaissies.

Une femme, âgée de 63 ans, née à Vésins, dans le département de l'Hérault, d'une constitution délabrée, fut opérée d'une tumeur qu'elle portait sur les parties latérales du cou et qui datait d'un mois seulement. Depuis ce moment elle se sent faible, elle tousse et éprouve parfois de la diarrhée. Un an après, elle entre à l'hôpital; elle est amaigrie, très-affaiblie et ne dort pas; la langue est très-rouge et dépouillée de son épithélium; il y a de la constipation; elle tousse très peu, les crachats sont rares; l'auscultation révèle une respiration bronchique dans toute l'étendue de la poitrine et quelques râles sous-crépitants en arrière; la peau est sèche et la fièvre intense. L'affaissement devient de plus en plus marqué ; la malade est constamment dans le décubitus dorsal; il y a de l'insomnie, de la céphalalgie; langue rouge et sèche, soif, un peu de douleur abdominale à la pression, plusieurs selles liquides, oppression, mêmes signes physiques à l'auscultation, fièvre très-marquée, pouls à 108, chaleur vive, exacerbation le soir; mort un mois et demi après son entrée à l'hôpital.

A l'*ouverture* du corps, on constate du côté droit des adhérences pleurales anciennes, et plusieurs excavations petites dans le sommet du poumon; autour de ces cavernes le parenchyme pulmonaire est induré, il renferme de petites masses tuberculeuses; engouement dans le lobe inférieur; à gauche, emphysème en avant, congestion sur le bord postérieur, mais plus marquée dans le lobe inférieur;

infiltration de granulations grises, miliaires, dont quelques-unes sont ramollies. L'intestin présente de l'injection dans toute son étendue ; on y trouve trois plaques de Peyer boursoufflées, un peu épaissies, rouges ; deux follicules isolés ulcérés ; le gros intestin et les ganglions mésentériques n'offrent pas de lésions. Le foie est gras.

OBSERVATION XXXIX.

Tuberculisation pulmonaire ; infiltration des deux poumons ; ulcérations intestinales ; tuberculisation des ganglions mésentériques.

Une jeune fille de 17 ans, née à Montpeyroux (Hérault), douée d'une constitution détériorée et d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Éloi au commencement d'octobre 1861. Elle est malade depuis un an ; elle a beaucoup maigri, elle tousse et crache beaucoup ; elle a eu au début une hémoptysie considérable ; depuis trois mois elle a la diarrhée, et depuis six mois l'écoulement menstruel est suspendu. L'examen révèle les signes d'une tuberculisation pulmonaire au troisième degré, s'accompagnant de dyspepsie. Elle succombe à la fin du mois de novembre.

A l'*ouverture* du corps, on trouve au sommet des poumons des tubercules miliaires et crus, et à la base des masses tuberculeuses du volume d'une petite amande, séparées par un tissu pulmonaire sain ; à droite seulement, il y a au sommet autour des tubercules des noyaux d'hépatisation consécutive. L'abdomen renferme un épanchement assez considérable de sérosité un peu lactescente ; le péritoine n'est pas rouge, mais les circonvolutions intestinales sont adhérentes entre elles. L'intestin grêle à l'extérieur présente des plaques rouges, ayant pour la plupart la dimension d'une pièce de cinq francs, et parsemées de petites granulations blanchâtres. Ces corpuscules, constitués par des tubercules crus, siégent sous la séreuse péritonéale, ainsi que le démontrent plusieurs coupes pratiquées en différents sens. A ces plaques rouges correspondent, dans l'intérieur de l'intestin, des ulcérations dont les dimensions égalent celles des plaques extérieures ; la muqueuse a disparu au niveau de ces ulcères ; les bords sont irréguliers, épaissis, indurés ; leur direction est transversale, quelques-unes occupent même toute la circonférence de l'intestin à la manière d'un anneau. Elles sont très-

nombreuses, assez rapprochées les unes des autres, irrégulièrement répandues à la surface de l'intestin, et nullement situées sur des plaques de Peyer; près de la valvule, plusieurs ulcérations se trouvent réunies et n'en forment plus qu'une seule qui est très-vaste. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume, quelques-uns sont même très-gros: l'un deux est aussi volumineux qu'un œuf de poule; ils sont tous remplis d'une matière tuberculeuse, blanchâtre et molle. Au voisinage du pylore, on trouve plusieurs ganglions indurés. Le foie est volumineux et gras; l'estomac, le gros intestin et les autres viscères sont sains.

II. Scarlatine.

OBSERVATION XL.

Scarlatine, gargouillement, râles sibilants, symptômes ataxiques; mort le 5e jour. Gonflement des follicules isolés, plaques réticulées et gaufrées, ulcérations superficielles, engorgement notable des ganglions mésentériques, absence de lésion de la rate. (Service de M. le docteur Girbal.)

F.... (Prosper), depuis trois ans soldat au 77e régiment de Ligne, habite Montpellier depuis six mois environ.

Ce militaire, âgé de 24 ans, né à Grimaud, département du Var, est doué d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution bonne, d'une complexion forte et vigoureuse; il ne signale dans ses antécédents aucune manifestation diathésique. Vers l'âge de 8 ans, il eut, pendant trois mois environ, une maladie qu'il ne peut caractériser; enfin, il y a un an, il contracta à Toulouse une angine de courte durée.

C'est dans la matinée du 22 septembre dernier, vers quatre heures, qu'a débuté sa maladie actuelle. Il se trouvait au corps-de-garde depuis la veille. L'invasion eut lieu brusquement, sans cause occasionnelle appréciable, par un frisson peu intense mais prolongé, s'accompagnant de céphalalgie, de brisement général et de malaise. Presque en même temps il survient de la dysphagie, de la soif, de l'inappétence. Il rentre à la caserne à midi et se couche. Dans le courant de la journée, il vomit spontanément à deux reprises une assez grande quantité de matières jaunâtres et amères; il n'y a eu ni épistaxis ni diarrhée.

La nuit est assez bonne ; le lendemain, les symptômes sont plus accentués, le brisement des jambes est plus marqué ; la céphalalgie persiste d'une manière continue et le malade sue très-facilement. Le 24 septembre 1863 (3e jour), il entre à Saint-Éloi (salle Saint-Lazare, lit No 14).

Le soir, à trois heures, M. Gayraud, interne de service, constate une éruption générale scarlatineuse avec angine et fièvre très-intense. L'engorgement tonsillaire s'accompagnait, à gauche, de deux petites ulcérations qui furent immédiatement cautérisées à l'aide de l'acide chlorhydrique affaibli. Jusqu'à ce moment, l'éruption cutanée était restée inaperçue.

Le 4e jour, nous trouvons : décubitus dorsal, affaissement, coloration rouge très-vive, framboisée de toute la surface du corps. Cette rougeur, qui a un aspect granité, est peu marquée à la face, mais plus prononcée à la partie interne des membres et au pli des articulations ; chaleur tactile très-élevée ; le thermomètre placé dans l'aisselle marque 40° $^1/_2$. Le pouls est fréquent (132), vif, régulier, mais un peu dépressible ; sommeil court, céphalalgie générale, vertiges surtout lorsqu'il est levé ou assis sur son lit, larmoiement et injection des yeux. Dents hâlées, liséré blanc prononcé sur la gencive ; langue rouge sur les bords et à la pointe, recouverte au milieu d'un enduit blanc avec pointillé rouge ; en avant, la langue tend à se dépouiller ; au-dessous de l'enduit, la surface de la langue est très-rouge. Couleur framboisée de la muqueuse bucco-palatine, surtout de la luette ; gonflement des deux amygdales, plus marqué à gauche qu'à droite. Il existe, en outre, deux petites ulcérations à fond grisâtre sur l'amygdale gauche ; haleine fétide, soif, inappétence, dysphagie, tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et douleur à la pression à l'angle des mâchoires, constipation depuis le début de la maladie, urines rouges. Oppression légère ; peu de toux, sans expectoration ; râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue de la poitrine, sans matité. (Un demi-bouillon coupé deux fois, et deux bouillons maigres ; tisane d'orge miellée ; gargarisme avec décoction d'orge 200 grammes, et miel rosat 60.)

Le soir, la chaleur est toujours très-élevée, le pouls à 128 ; la rougeur de la peau intense, la langue humide ; le malade prétend

avaler un peu mieux ; pas de selles; gargouillement dans la fosse iliaque droite; un peu de délire dans la soirée.

Le 26 septembre, 5e jour.— Délire furieux pendant toute la nuit; le malade s'est levé à plusieurs reprises ; ce matin, un peu de stupeur, traits altérés, subdelirium; la coloration rouge de tout le corps est toujours très-vive; toutefois on constate au niveau de la fourchette du sternum et à la partie inférieure du cou un commencement de desquamation s'annonçant par un soulèvement de l'épiderme avec aspect furfuracé; chaleur très-élevée, âcre ; peau sèche; pouls à 120, très-petit, profond, presque imperceptible et dépressible; cyanose légère des lèvres; la langue est rouge aux bords et à la pointe, sèche au milieu et à l'extrémité; même état de la muqueuse buccale; la déglutition se fait bien; une selle liquide ce matin; gargouillement prononcé dans la fosse iliaque droite, oppression plus marquée que la veille; l'auscultation révèle l'existence de râles sibilants et ronflants très-abondants dans les deux poumons. (Un demi-bouillon coupé répété trois fois ; deux bouillons maigres ; orge et tilleul; looch avec camphre 0,10 et nitre 0,50, à donner en quatre fois de deux en deux heures; le renouveler le soir; gargarisme émollient.)

A deux heures, on offre à boire au malade qui refuse; rien alors ne témoigne d'un état plus grave.

A trois heures, M. Gayraud est appelé, il trouve le malade dans un état d'asphyxie avancé, respirant à peine; la face était fortement cyanosée et le pouls imperceptible. Il cherche aussitôt à le ranimer à l'aide de frictions, de sinapismes placés sur la poitrine et sur les membres, et de la respiration artificielle. Sous l'influence de ces moyens, la vie sembla revenir, la respiration reprit un instant; il y eut alors quelques moments d'agitation ; le malade fit des efforts respiratoires violents, rejeta un peu de spume sanguinolente; puis, tout d'un coup, il s'affaissa de nouveau et rendit le dernier soupir. Cette lutte dura à peine dix minutes.

Nécropsie faite 18 heures après la mort.

État extérieur.— Roideur cadavérique ; commencement de putréfaction sur la paroi abdominale. L'abdomen et la partie antérieure du thorax ne présentent aucune trace d'éruption. La peau est d'un

rouge violacé sur les parties déclives: sur le dos, sur les parties latérales du cou et sur la face interne des cuisses.

Tête. — Injection notable des méninges : large plaque rouge sur la pie-mère à la partie externe et supérieure de l'hémisphère gauche, piqueté du cerveau, absence de sérosité dans les ventricules.

Thorax. — Congestion et rougeur violacée des amygdales et de l'isthme du gosier; deux ulcérations sur l'amygdale gauche. La muqueuse du larynx est rouge, boursoufflée.

Engorgement considérable des ganglions lymphatiques du cou; ces ganglions forment un chapelet qui entoure et comprime la veine jugulaire interne, l'artère carotide et le nerf pneumo-gastrique; cet engorgement existe des deux côtés; les ganglions sont rouges, engorgés; quelques-uns ont le volume d'une amande; par leur réunion, ils forment autour des vaisseaux et du nerf signalés une gaîne de 10 centimètres environ d'étendue.

Adhérence très-grande des deux feuillets de la plèvre, à gauche seulement; à droite, le poumon est complètement libre. — Les deux poumons sont fortement engoués; ils crépitent moins, mais ils surnagent; ils ont en arrière et sur les parties latérales une coloration d'un rouge vineux. La muqueuse des bronches et de la trachée est rouge dans toute son étendue; elle est tuméfiée, boursoufflée et remplie de mucosités spumeuses.

Le cœur renferme un sang très-diffluent; caillot fibrineux dans les cavités droites; à gauche, autre caillot fibrineux se prolongeant un peu dans l'aorte. L'artère pulmonaire, disséquée avec soin, est remplie d'un sang très-diffluent, mais elle ne renferme aucun caillot.

Abdomen. — Œsophage, rien à noter; dans l'estomac, injection disséminée; rougeur assez vive de la muqueuse intestinale, plus marquée au voisinage des glandes de Peyer; engorgement notable des follicules isolés dans toute l'étendue de l'intestin grêle; la plupart ressemblent à des grains de riz ou à une tête d'épingle; ils font saillie sur la muqueuse et restent pâles; d'autres, au nombre de huit à neuf, sont beaucoup plus engorgés; ils ont de 2 à 4 millimètres de diamètre, et présentent une rougeur assez vive et une saillie plus marquée : ces derniers sont disséminés, surtout vers la fin de l'iléon, dans l'intervalle des plaques de Peyer. —

L'altération des follicules agminés commence à 1 mètre 20 environ du duodénum ; leur nombre est de vingt-trois. Les neuf premières plaques sont faiblement réticulées, presque toutes elliptiques, sauf deux ou trois qui sont arrondies ; on remarque de la rougeur sur le plus grand nombre d'entre elles. — Les douze suivantes offrent non-seulement la forme réticulée plus prononcée, mais aussi elles sont saillantes, épaissies, boursoufflées, en un mot elles ont l'aspect gaufré ; quelques-unes présentent, en outre, le pointillé appelé *barbe fraîche* ; elles sont rouges, elles ont une forme très-allongée dans le sens de l'axe et une longueur qui varie de 2 à 4 centimètres. Enfin, au voisinage de la valvule, on trouve deux larges plaques, ayant la dimension d'une pièce de cinq francs, irrégulièrement arrondies, épaissies, rouges ; sur la dernière, on constate en quelques points de petites exulcérations ayant intéressé seulement l'épithélium de la muqueuse.

Dans le gros intestin, il existe un peu de rougeur et quelques follicules isolés hypertrophiés.

Engorgement très-notable des ganglions mésentériques dans toute l'étendue du mésentère ; ils sont rougeâtres, volumineux, ayant quelques-uns le volume d'une amande, la plupart ramollis ; les plus gros occupent la partie du mésentère qui s'insère à l'extrémité inférieure de l'iléon.

La rate a un volume normal ; elle ne présente ni engorgement ni friabilité plus grande. — Les reins sont un peu congestionnés. — Le foie n'offre rien de particulier à signaler. — La vésicule biliaire est distendue par un liquide séreux, transparent.

Cette observation nous paraît très-remarquable. Si l'on ne tenait compte que du résultat nécroscopique, on serait porté à croire à l'existence d'une fièvre typhoïde. Lésion des follicules isolés et agminés de l'intestin, engorgement des ganglions mésentériques, engouement des poumons et rougeur des bronches, congestion du cerveau et des méninges, tels sont les désordres organiques que l'on constate chez ce malade et qui caractérisent d'ordinaire la fièvre typhoïde.

Faut-il déduire de ce fait que les lésions que nous regardons comme spéciales à cette dernière maladie peuvent se rencontrer dans la scarlatine ; ou bien doit-on se demander si, dans ce cas, il n'y a pas eu association de la fièvre typhoïde et de la scarlatine ? Ce qui expliquerait la présence des lésions que nous signalons. Il nous est impossible de donner actuellement une solution définitive à cette question. Nous nous contenterons d'établir la possibilité de cette dernière supposition. En effet, le malade est jeune, fortement constitué, nouvellement arrivé à Montpellier. D'ailleurs, il a présenté un groupe de symptômes que l'on rencontre particulièrement dans la fièvre typhoïde (vertiges, céphalalgie, stupeur, délire furieux pendant la nuit, subdelirium dans la journée ; dents hâlées, liséré des gencives, langue rouge aux bords et à la pointe, blanche et pointillée au milieu ; gargouillement ; râles sibilants et ronflants). — Il est rare de voir coexister la fièvre typhoïde et la scarlatine, mais une pareille complication a été constatée. M. Taupin l'a rencontrée dix fois chez les enfants [1]. Le fait suivant a été observé par nous dans le service de la clinique médicale. Il ne sera pas sans intérêt de le comparer à celui qui précède.

OBSERVATION XLI.

Fièvre typhoïde compliquée de scarlatine ; prodromes, titubation, vertiges, diarrhée, épistaxis ; angine, érythème cutané, desquamation ; taches rosées, râles sibilants, persistance de la diarrhée, météorisme, adynamie constante. (Service de M. le professeur Dupré.)

T..... (Antoine), de l'Aveyron, 22 ans, constitution bonne, complexion forte, incorporé depuis cinq mois dans le 93e régiment de Ligne, habite Montpellier depuis cette époque ; excellente santé antérieure.

[1] Taupin, Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde observée dans l'enfance : mémoire inséré dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1839-1840, p. 245.

Sa maladie date du 1er décembre 1860; le début a été précédé, pendant deux jours, de prodromes (céphalalgie, faiblesse des jambes, inappétence, vertiges, titubation). Il continue à faire son service; mais le 1er décembre, vers trois heures du soir, il éprouve un frisson intense avec tremblement des membres; il se couche aussitôt; la céphalalgie augmente et il accuse une douleur lombaire très-vive; les jours suivants, soif, insomnie, diarrhée, épistaxis.

Admis à l'hôpital Saint-Éloi, le 5e jour (salle Saint-Lazare, lit No 8), il nous présente, le lendemain, les symptômes suivants: décubitus dorsal, affaissement, anxiété, brisement général, douleur lombaire très-vive; érythème léger à la face et sur la partie supérieure du thorax; chaleur vive et mordicante; peau sèche; pouls fréquent, peu développé, dépressible (96); céphalalgie, vertiges, larmoiement; langue très-rouge, soif, inappétence, déglutition douloureuse, injection marquée de la muqueuse bucco-pharyngienne; toux légère sans expectoration, absence de bruits anormaux; cinq selles liquides, douleur dans la fosse iliaque droite à la pression, pas de gargouillement (un demi-potage, mauve et tilleul).

Le 5e jour, insomnie, prostration, stupeur légère, lenteur des réponses; pouls moins fréquent, vif, dépressible; liséré blanc des gencives très-marqué; déglutition douloureuse, diarrhée, ventre douloureux à la pression. (Bouillon coupé, eau et sirop de groseille, cataplasmes légèrement sinapisés aux pieds, cataplasme émollient sur le ventre.) — Le 6e jour, tache rosée lenticulaire sur le thorax, quelques râles sibilants, toux légère. — Le 7e jour, dureté de l'ouïe, quatre taches rosées à la base du thorax; ventre ballonné, douloureux à droite; trois selles liquides dans la journée; peau sèche; pouls à 92, développé, très-dépressible.

Les jours suivants, affaissement, décubitus variable; érythème moins prononcé, n'existant que sur le thorax, une dizaine de taches rosées, douleur abdominale moins forte, quatre selles liquides, rougeur considérable du pharynx et surtout de la luette, déglutition pénible, un peu d'obscurité de la respiration; chaleur modérée; pouls de 72 à 80.

Le 11e jour, la rougeur cutanée a disparu; mouvements plus aisés, dyspnée notable, respiration abdominale, et cependant pas de bruits

anormaux; chaleur modérée, peau sèche; pouls très-dépressible, dicrote, rare (68); sudamina sur les parties latérales du cou et sur la partie supérieure du thorax; langue toujours rouge à la pointe et sur les bords, blanchâtre et piquetée à la base; déglutition douloureuse, mais rougeur du pharynx moindre; abdomen un peu plus météorisé, une selle liquide. (Bouillon; tisane de bourrache 800 grammes, édulcorée avec sirop de capillaire 200 grammes; potion avec acétate d'ammoniaque 2, eau 100, sirop 40.) — Le 12e jour, commencement de desquamation sur l'abdomen, persistance des sudamina; taches rosées moins apparentes, pouls à 72, diarrhée.

Les jours suivants, l'affaissement persiste, la desquamation continue à se faire sur le thorax et le cou; l'épiderme se soulève par larges plaques et se détache au moindre frottement; les taches rosées disparaissent, le pouls descend à 48 pulsations par minute. Le 15e jour, le malade prend des aliments solides. Le 17e jour, la desquamation a lieu sur les parties latérales de l'abdomen, puis au niveau de la région lombaire et au haut des cuisses sous forme de furfures et sous l'aspect de larges plaques épidermiques. Le 26e jour, elle était achevée; le pouls a continué d'être rare, et les forces se sont rétablies très-lentement.

Dans cette observation, nous constatons des symptômes de scarlatine et de fièvre typhoïde. Le larmoiement, l'angine, la douleur lombaire, l'érythème du thorax et la desquamation indiquent une fièvre éruptive. D'un autre côté, nous voyons prédominer chez ce malade la résolution des forces, et en même temps nous trouvons la stupeur, les vertiges, la torpeur intellectuelle, la dureté de l'ouïe, l'épistaxis, le liséré des gencives, les taches rosées, les râles sibilants, le météorisme, la diarrhée, la douleur abdominale. De plus, il s'agit d'un jeune conscrit, âgé de 22 ans, arrivé depuis cinq mois à Montpellier : ce sont là tout autant de signes qui se rattachent à l'existence d'une fièvre typhoïde.

SECONDE PARTIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

« Il faut non-seulement considérer l'altération des plaques elliptiques comme propre à l'affection typhoïde, mais comme en formant le caractère anatomique. »

LOUIS, *Recherches anat. pathol. et thérap. sur la maladie connue sous les noms de fièvre typhoïde, etc.* T. I, p. 199, 2e édit., Paris, 1841).

Cette partie de notre travail comprend deux chapitres : dans le premier, nous nous bornons à une simple description des lésions ; dans le second, nous apprécions leur valeur, leurs rapports avec les symptômes, etc.

CHAPITRE Ier.

Des lésions trouvées après la mort dans les divers organes.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la fièvre typhoïde étudient les lésions anatomiques, en les classant d'après leur degré d'importance, et ils commencent par décrire celles qui intéressent le tube digestif.

Afin de ne rien préjuger sur la valeur et sur la fréquence de chacune d'elles, nous allons les passer en revue, en

suivant un ordre purement anatomique. Nous nous occuperons successivement des centres nerveux, de l'appareil respiratoire, du système circulatoire, du tube digestif et de ses annexes, et enfin des organes génito-urinaires.

Les trente-deux sujets dont nous avons pratiqué l'autopsie sont morts à des époques plus ou moins éloignées du début de la fièvre typhoïde. Voici le tableau de la durée de la maladie dans ces trente-deux cas :

Durée.	Nombre de sujets.	Durée.	Nombre de sujets.
8 jours...........	1	23 jours...........	2
9 —	1	25 —	2
10 —	1	27 —	2
13 —	2	28 —	1
14 —	2	29 —	1
15 —	1	34 —	1
17 —	3	38 —	1
18 —	2	39 —	1
21 —	4	43 —	2
22 —	1	52 —	1

En résumé :

7	malades sont morts pendant le	2e	septénaire.
10	—	3e	—
8	—	4e	—
2	—	5e	—
2	—	6e	—
2	—	7e	—
1	—	8e	—

I. Lésions des centres nerveux.

La cavité encéphalique n'a pu être examinée que chez vingt-quatre sujets. Dans quatre cas seulement, il n'a pas été constaté de lésion ; le cerveau et ses enveloppes étaient dans un état parfaitement normal (*Obs.* 12, 14, 31, 36), et, chose remarquable ! deux de ces quatre malades avaient présenté du coma, et tous avaient eu du délire ; ils étaient morts les 21e, 23e, 25e, 43e jour.

Chez vingt sujets, nous avons noté des lésions diverses,

parmi lesquelles la congestion des méninges et l'état piqueté du cerveau ont été les plus constantes.

Méninges. — Quatre fois nous avons rencontré les sinus de la dure-mère gorgés de sang. Nous avons observé dans dix-neuf cas une congestion plus ou moins grande de la pie-mère. Chez trois sujets morts les 10e, 17e, 18e jour, cette congestion était considérable ; chez deux, l'injection était plus marquée du côté gauche que du côté droit.

Il y a eu dans plusieurs cas une infiltration séreuse de la pie-mère et de l'arachnoïde. Cet œdème occupait, le plus souvent, la partie des méninges qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux ; plus rarement nous l'avons observé à la base ; presque toujours le liquide infiltré troublait la transparence des enveloppes du cerveau.

Encéphale. — Les lésions de l'encéphale ont été moins fréquentes que celles des méninges. Nous avons noté chez treize sujets une injection légère de la substance du cerveau ; en pratiquant sur cet organe plusieurs coupes, chaque surface incisée présentait un nombre plus ou moins considérable de points rouges qui indiquaient les orifices béants d'autant de vaisseaux ; ce pointillé rouge a coïncidé, dans tous les cas, avec l'injection des méninges. Nous avons trouvé, chez un sujet mort au 39e jour, un léger degré de ramollissement de la substance cérébrale.

Les ventricules latéraux ont renfermé plusieurs fois une quantité de sérosité évaluée à deux ou trois cuillerées environ. Nous avons remarqué en outre, dans deux cas, que les veines qui rampent sur le plancher de ces ventricules étaient distendues, et nous avons constaté, une fois seulement, une injection notable des plexus choroïdes.

Chez un malade dont la fièvre typhoïde s'était compliquée d'un élément rémittent, le bulbe rachidien était légèrement congestionné ; le tissu de cette portion du cerveau présentait à la coupe l'aspect piqueté.

» On peut affirmer que, le plus souvent, la moelle et ses enveloppes ne sont le siége d'aucune lésion matérielle appréciable [1]. »

Organes des sens. — Chez la plupart de nos malades, on observait des troubles plus ou moins profonds de l'ouïe. Ces désordres ne sont pas simplement fonctionnels ; ils se lient le plus souvent à des lésions matérielles.

Chez un sujet qui mourut le 45e jour, et qui avait présenté pendant le cours de la fièvre typhoïde une otorrhée abondante, la membrane du tympan était perforée, la caisse et l'oreille interne offraient une injection notable, et la plupart des cellules mastoïdiennes étaient remplies d'une matière muco-purulente, mêlée en plusieurs endroits avec un peu de sang. Nous avons observé les mêmes altérations chez un autre malade qui avait eu une otorrhée et qui succomba cet hiver dans le service de la clinique médicale.

Ces lésions ont été constatées par d'autres observateurs chez un grand nombre de sujets qui avaient offert pendant la vie divers troubles de l'ouïe. Le Dr Passavant (de Francfort), qui a souvent examiné l'état des organes de l'audition, a toujours rencontré des altérations proportionnées à l'intensité des désordres fonctionnels. Dans les cas qu'il cite, le conduit auditif était rouge, la membrane du tympan injectée et épaissie, la trompe d'Eustache engorgée et rouge, la caisse et les cellules mastoïdiennes renfermaient un mucus épais [2]. M. Passavant n'a jamais trouvé ces lésions chez les individus morts de toute autre maladie, pas même dans l'otite interne, ce qui permet de les regarder comme spéciales à la fièvre typhoïde.

M. le Dr Triquet rapporte trois observations, dans les-

[1] Étude clinique des divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde. Paris, 1864, p. 182.

[2] Gazette médicale, 1851, T. VI, p. 11.

quelles il y a eu dans l'oreille des lésions analogues[1]. Il a démontré que l'on observait quelquefois une espèce d'inflammation purulente dans la caisse du tympan, que les osselets de l'ouïe pouvaient ainsi être détachés, la membrane du tympan perforée et même le pus s'infiltrer dans le labyrinthe.

M. Hermann Schwartze (de Berlin), dans un *Mémoire sur les altérations de l'ouïe qui surviennent dans la fièvre typhoïde,* établit que les troubles de cet organe se rattachent le plus souvent à l'une des trois causes suivantes, qui peuvent d'ailleurs se combiner de diverses manières entre elles, et auxquelles il conviendra peut-être d'en ajouter d'autres plus tard :

1° Inflammation suppurative de la cavité tympanique avec ses diverses terminaisons et conséquences;

2° Catarrhe du pharynx avec obstruction de l'orifice guttural des trompes;

3° Troubles de l'ouïe dus à une cause centrale.

Dans cette troisième catégorie de faits, les recherches les plus attentives ne révèlent aucune lésion appréciable de l'oreille interne. Dans quelques-uns de ces cas, Erhard a rattaché la surdité à une hypérémie des méninges; mais, chez d'autres malades, on a noté l'absence de toute lésion de ce genre, et l'on a admis une surdité nerveuse, que Schwartze regarde comme la conséquence d'une action particulière que le *sang typhoïde* exerce sur le cerveau, ou de l'anémie consécutive à la maladie[2].

II. Lésions de l'appareil respiratoire.

L'*épiglotte* est le plus souvent saine; mais, dans quelques cas, elle offre de l'œdème et plus rarement des ulcé-

[1] Traité des maladies de l'oreille. Paris, 1857, p. 224.

[2] Gazette hebdom. Paris, 1861, p. 838.

rations. Chez un sujet mort au 45e jour (*Obs.* 36), cette dernière lésion était très-prononcée, l'ulcération avait détruit la muqueuse qui tapisse les deux faces de l'épiglotte. Le cartilage était mis à nu dans presque toute son étendue; bien plus, le sommet était en partie nécrosé.

Le *larynx* a présenté deux fois des altérations profondes.—Nous avons noté dans un cas (*Obs.* 36) la rougeur et le ramollissement de la muqueuse, et des ulcérations sur les replis aryténo-épiglottique et glosso-épiglottique; sur ce dernier l'ulcération était si profonde que toute la muqueuse était détruite. — Sur le cadavre d'un autre individu mort au 38e jour (*Obs.* 35), la tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques était si considérable, que l'orifice supérieur du larynx était considérablement rétréci. Il y avait, en outre, des ulcérations avec plaques noirâtres, situées au-dessous des cordes vocales inférieures. Ces ulcérations, comme les précédentes, avaient un aspect grisâtre; elles renfermaient une matière pultacée; leurs bords étaient épaissis, indurés; tout autour les tissus étaient tuméfiés et très-rouges.

En résumé, on voit que la laryngite typhique peut affecter deux formes principales : la forme *ulcéreuse* et la forme *nécrosique*. Les exemples de ces lésions ne sont pas rares dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde. M. Louis a observé sept fois la destruction de l'épiglotte; mais il n'a rencontré que deux fois sur cinquante sujets l'ulcération du larynx. De tous les auteurs français, Sestier est le premier qui paraisse avoir accordé une importance réelle à la laryngite typhique. Dans son *Traité de l'angine laryngée œdémateuse* (1852), il étudie avec un soin particulier la forme morbide qu'il désigne sous le nom de *laryngite nécrosique aiguë*; il reconnaît que cette lésion frappe surtout le cartilage cricoïde. Après lui, M. le doc-

teur Baudot [1], MM. Charcot et Dechambre [2], M. le professeur Trousseau [3] se sont occupés aussi de cette complication particulière à la fièvre typhoïde.

La *trachée* présente quelquefois de l'injection. Nous avons vu deux fois une rougeur très-prononcée de la muqueuse trachéale; elle ne disparaissait ni par le lavage, ni par le râclage.

Les *poumons* sont altérés dans la majorité des cas; sur trente-deux autopsies, trois fois seulement ils étaient exempts de toute lésion, et la mort avait eu lieu les 21e, 25e et 52e jour.

Dans les autres cas, les lésions ont été variables. Il y a eu fréquemment un simple engouement, plus rarement une splénisation, et chez quelques individus, une véritable hépatisation.

L'engouement siégeait le plus souvent à la base des deux poumons et sur leur bord postérieur. Chez quatre sujets, il était plus marqué du côté droit que du côté gauche; deux fois nous l'avons trouvé à gauche seulement. Dans tous ces cas le tissu congestionné présentait une coloration rouge plus ou moins foncée. En l'incisant et en le pressant entre les doigts, on voyait ruisseler de la surface des incisions un liquide séreux plus ou moins spumeux et le plus souvent rougeâtre; mais il était encore crépitant et surnageait lorsqu'on le plongeait dans l'eau.

La splénisation existait dans les parties les plus déclives du poumon. Trois fois elle a été très-prononcée; dans un cas, plusieurs noyaux étaient disséminés dans les deux poumons; chez un sujet ces noyaux étaient à droite seulement, et chez un autre à gauche. Dans cette altération, le parenchyme,

[1] Baudot, Union médicale, 14 juillet 1859.
[2] Gazette hebdom., 1859, p. 465.
[3] Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, T. I, p. 197. Paris, 1861.

imperméable à l'air, avait une coloration presque noirâtre, il crépitait très-peu, était plus dense que l'eau ; mais sa pesanteur spécifique était moindre que celle de l'hépatisation rouge. Il se laissait pénétrer facilement par le doigt, et cette friabilité excessive le faisait ressembler beaucoup au tissu de certaines rates remarquables par leur mollesse. En le déchirant, on n'observait pas les granulations qui caractérisent l'hépatisation, et le liquide sanguinolent qui s'en écoulait avait un aspect noirâtre et poisseux.

Une hépatisation plus ou moins étendue occupait parfois les deux poumons et le plus souvent un seul. Elle était presque toujours bornée à une petite partie de l'organe. Cependant dans deux cas nous avons vu l'inflammation envahir une portion considérable du poumon. Ainsi, chez deux sujets morts le 22e et le 45e jour (*Obs.* 13 et 36), les deux poumons étaient presque complètement hépatisés.

Dans ces cas, le parenchyme pulmonaire était augmenté de volume, plus friable, plus dense ; il ne crépitait plus sous les doigts et gagnait le fond de l'eau. En le déchirant, on constatait les granulations caractéristiques de l'inflammation pulmonaire. Nous avons vu une fois des points d'hépatisation grise disséminés dans le tissu d'un poumon complètement hépatisé (*Obs.* 36).

Voici un tableau indiquant le siége de l'hépatisation et son étendue :

Hépatisation	Dans deux poumons, 3 fois.	Quelques noyaux.....	1
		Tout le poumon droit et une partie plus ou moins grande du gauche...........	2
	Dans un seul poumon, le droit, 5 fois.	Noyaux au sommet....	1
		— dans le lobe moyen.	1
		— — inférieur.	2
		— disséminés.......	1

Dans bien des cas nous avons rencontré un état emphysémateux des deux poumons limité au bord antérieur du lobe

supérieur. L'emphysème paraissait vésiculaire; il se traduisait à l'extérieur par des bosselures, des saillies lobulaires plus ou moins marquées. Un examen attentif permettait de distinguer en ces points des cellules dilatées par un gaz. Le tissu correspondant était pâle, souple et très-crépitant. Comment cet emphysème se développe-t-il? Le poumon aurait-il perdu de son ressort par suite de cet état d'adynamie qui frappe tous les organes, ou bien l'air, retenu dans les dernières divisions bronchiques par la présence des mucosités qui ne sont pas expulsées, dilaterait-il quelques groupes de vésicules? Nous l'ignorons. Quoi qu'il en soit, nous avons été frappé de la fréquence de cette lésion, et nous nous demandons si elle ne serait pas une des causes principales de la dilatation générale du thorax et de l'augmentation de sonorité qui ont été signalées dans le cours de la fièvre typhoïde.

Les *plèvres* ont offert des traces d'inflammation. Dans un cas des fausses membranes molles, récentes, se déchirant facilement, existaient à droite, et surtout à la base.

Chez dix sujets, il y a eu des adhérences pleurales anciennes; leur siége a été plus fréquent du côté gauche que du côté droit; deux fois seulement elles étaient à droite.

Les *bronches* présentaient dans la majorité des cas une injection plus ou moins intense de la muqueuse; cette rougeur s'étendait jusque dans les petites ramifications, elle était uniforme, plus marquée dans les points où le parenchyme pulmonaire était altéré, et ne disparaissait pas par le lavage; chez un sujet mort le 17e jour (*Obs.* 14), il y avait, en outre, un peu de boursoufflement de la muqueuse bronchique.

Le plus souvent les bronches renfermaient une spume séro-sanguinolente; une fois nous y avons rencontré une matière muco-purulente, et dans un autre cas un liquide séro-purulent.

Voici le tableau des lésions des poumons dans les trente-deux cas :

Emphysème en avant	16
Engouement des deux poumons	28
Engouement d'un seul poumon	5
Splénisation	3
Hépatisation des deux côtés	3
— d'un seul côté	5
Rougeur de la muqueuse bronchique	16
Fausses membranes anciennes sur les plèvres	10
État normal	2

III. Lésions de l'appareil circulatoire.

Péricarde. — Dans la plupart des cas le péricarde n'était pas altéré; cinq fois seulement nous y avons trouvé un épanchement de sérosité citrine. La quantité du liquide épanché n'a jamais dépassé un demi-verre.

Chez un sujet mort le 25e jour (*Obs.* 27), le péricarde nous a offert une lésion de date ancienne. L'enveloppe péricardique était si intimément adhérente au cœur dans toute son étendue, qu'il nous a été impossible de détacher cette membrane sans la rompre.

Cœur. — Nous avons observé dans cinq cas une augmentation de volume de cet organe (*Obs.* 1, 10, 11, 24, 33). Chez ces sujets morts le 13e, 17e, 23e, 27e, 39e jour, l'hypertrophie cardiaque était générale; quatre fois elle était le résultat d'une dilatation des quatre cavités, et dans un seul cas elle était due à un épaississement des parois du cœur.

On constate fréquemment une diminution notable de la consistance du cœur; quelquefois cette altération est très-profonde. D'après les recherches de Chomel, elle coïncide le plus souvent avec le ramollissement de la rate, du foie, etc., et se montre spécialement chez les sujets qui

ont succombé peu de temps après le développement de la maladie [1].

Chez quelques sujets, on trouve la surface intérieure du cœur et des gros vaisseaux colorée en rouge. Dans trois cas, l'endocarde présentait une rougeur uniforme assez vive qui résistait au lavage.

Sang. — Les altérations du sang avaient fixé de tout temps l'attention des observateurs; c'était un fait clinique trop important pour passer inaperçu, et l'on peut dire que l'analyse médicinale du sang avait précédé l'analyse chimique et physique. Fouquet, après bien d'autres, avait constaté cette altération, et la désignait en disant que le *nexus* vital du sang était détruit. Les expressions de *dissolution*, de *putridité* du sang, fréquemment employées par les auteurs anciens, se rattachaient à l'idée qu'ils avaient de cette altération; c'est à cette dissolution qu'ils attribuaient les hémorrhagies passives. Cependant, il faut l'avouer, cette altération vaguement reconnue était mal déterminée; elle était plutôt pressentie que démontrée, car les anciens ne pouvaient se baser que sur les modifications physiques du sang. Les expérimentateurs de notre époque ont eu le grand mérite de préciser cette altération à l'aide des procédés physiques et chimiques, et d'en donner une formule plus exacte.

Dans la fièvre typhoïde, le sang offre des modifications dans ses propriétés physiques et dans sa constitution intime. Les premières de ces altérations avaient été seules étudiées par les anciens; elles varient suivant qu'on examine le sang pendant la vie ou après la mort.

Si du sang est extrait de la veine chez un malade atteint de fièvre typhoïde, le caillot qui se développe ne présente ni la densité ni le retrait qui le caractérisent dans les ma-

[1] Chomel, *loc. cit.*, p. 277.

ladies inflammatoires. Chez nos malades, nous l'avons trouvé diffluent et noirâtre; la couenne ne se formait pas toujours, et, lorsqu'elle existait, elle était molle et peu épaisse.

Après la mort, le liquide sanguin était habituellement noir et complètement diffluent. Lorsque le cœur renfermait des caillots, ils étaient le plus souvent sans consistance et peu volumineux; rarement ils étaient organisés; dans trois cas seulement nous avons rencontré des caillots fibrineux. Chez un de ces sujets mort le 45e jour (*Obs.* 36), le caillot était très-long, il remplissait le ventricule droit; de là, pénétrant dans l'artère pulmonaire, il se bifurquait comme elle, et ne s'arrêtait que dans les premières ramifications de chacune de ces deux divisions. Le caillot était fibrineux dans une grande partie de son étendue; il occupait tout le calibre de l'artère. Sur le cadavre d'une jeune fille (*Obs.* 2) morte le 14e jour, nous avons trouvé dans l'artère pulmonaire trois petits caillots qui avaient été poussés jusque dans les petites divisions de cette artère. Ces caillots, dont la longueur était d'un centimètre et demi, existaient seulement du côté droit et présentaient une texture molle au centre et plus ferme à la circonférence; ils étaient en partie décolorés et en partie d'un rouge foncé.

Dans un cas, nous avons vu le sang dans un état de décomposition avancé; il était très-diffluent, noirâtre, et renfermait des bulles huileuses en très-grand nombre.

Ces modifications dans les qualités physiques du sang auxquelles les anciens attachaient une si grande importance à défaut de tout autre critérium, ne pouvaient pas suffire à l'esprit avide de recherches des observateurs contemporains; il leur fallait pousser les investigations plus loin et invoquer le témoignage des analyses chimiques. En étudiant les altérations de la constitution intime du sang, ces derniers ont réalisé un grand progrès.

Dès l'année 1840, MM. Andral et Gavarret, qu'on peut regarder comme les véritables créateurs de l'hématologie pathologique fondée sur l'analyse, se livrèrent à une série d'expériences sur la composition du sang dans les diverses maladies, et ils constatèrent dans la fièvre typhoïde une diminution de proportion dans la fibrine *(hypinose)*. Ces observateurs ont reconnu que plus cette fièvre acquiert de gravité, et plus la quantité de fibrine va en diminuant; pour juger de cette diminution, qu'il suffise de dire que c'est dans certaines formes graves de la fièvre typhoïde que l'on a trouvé le minimum de la fibrine. — Ils ont vu aussi la fibrine augmenter dans les cas où cette affection se compliquait d'une inflammation viscérale; mais ils ont constaté que cette augmentation est moins considérable que dans le cas de phlegmasie primitive.

Ce n'est pas seulement la fibrine qui est altérée dans le sang des malades atteints de fièvre typhoïde ; on constate aussi une modification dans le nombre des globules blancs et rouges. L'augmentation des globules blancs a été signalée par les auteurs allemands. Suivant Virchow, on trouve une *leucocytose* qui dépend de la tuméfaction ganglionnaire qui accompagne cette fièvre [1]. — La surabondance des globules rouges a été constatée par MM. Andral et Gavarret, dans certains cas de fièvre typhoïde, au début. Mais elle n'est pas constante, et d'ailleurs elle ne tient pas à cette maladie ; M. Andral s'est convaincu que cela dépend de ce que cette affection atteint très-fréquemment des individus qui, par leur âge et leur constitution, sont dans un état de pléthore plus ou moins considérable [2].

Le microscope n'a encore révélé aucune altération. M. Donné, après s'être livré un grand nombre de fois à des

[1] Virchow, La pathol. cellulaire, traduct. par P. Picard. Paris, 1861, p. 159.

[2] Essai d'hématologie pathologique. Paris, 1843, p. 66.

recherches minutieuses sur l'état des globules du sang pendant le cours de la maladie qui nous occupe, n'a trouvé aucune modification. « Je dois déclarer, dit-il, que, quelque soin que j'aie apporté dans mes observations à cet égard, quelque persévérance que j'aie mise à les répéter, il m'a été impossible de constater une altération réelle et bien positive des globules sanguins dans l'état typhoïde le plus grave; vingt fois j'ai cru être arrivé à un résultat, tant j'étais persuadé qu'il devait exister quelque chose d'appréciable dans ce cas, et toujours une observation plus attentive et plus sévére est venue détruire cette illusion. Sous aucun rapport, les globules du sang d'individus affectés de fièvre typhoïde au plus haut degré ne me paraissent, en définitive, différer de ceux du sang normal [1]. »

Jusqu'à présent, la diminution de la fibrine du sang est la seule lésion qui paraisse avoir quelque importance; mais la science n'a pas dit son dernier mot. Espérons qu'un jour viendra où, grâce au perfectionnement des analyses chimiques, les altérations du liquide sanguin seront mieux connues et leur rôle mieux apprécié.

IV. Lésions des voies digestives.

Pharynx. — On rencontre parfois dans la cavité buccopharyngienne des fausses membranes, et dans quelques cas rares des ulcérations superficielles. Deux fois seulement, chez des sujets morts les 45e et 38e jour, nous y avons trouvé ces dernières lésions. Le premier de ces malades (*Obs.* 36) offrait sur chaque amygdale une ulcération ovalaire peu profonde, d'un centimètre environ de diamètre à droite, mais plus considérable du côté gauche. Chez le deuxième (*Obs.* 35), une ulcération gangréneuse siégeait de chaque côté sur la face interne des amygdales, sur les

[1] Donné, Cours de microscopie. Paris, 1844, p. 131.

piliers du voile du palais et sur la luette qui était presque entièrement détruite ; mais à droite les ulcérations étaient plus profondes et plus étendues : des deux côtés aussi la lésion s'étendait dans les gouttières latérales du larynx. Les tissus envahis par la gangrène étaient noirs, ramollis, convertis en une pulpe brunâtre. Il convient de noter que les deux malades qui ont offert ces lésions présentaient aussi une gangrène du larynx.

Estomac. — La muqueuse de l'estomac offre des altérations variables dans sa couleur et dans sa consistance : tantôt on ne rencontre aucune lésion, tantôt la muqueuse est pâle; d'autres fois elle présente une coloration rouge qui n'occupe pas toujours les mêmes points. Elle n'a été examinée que seize fois sur trente-deux ouvertures de cadavre. Dans six cas, on n'a pas trouvé de lésions ; deux fois seulement cette muqueuse était décolorée ; enfin, il existait de la rougeur chez huit sujets, c'est-à-dire dans la moitié des cas : nous n'avons jamais constaté d'ulcérations.

Le siége de la rougeur a été très-variable. Générale dans trois cas, l'injection était limitée dans les autres ; elle se montrait sous la forme de larges plaques, occupant soit la grande courbure, soit la petite courbure de l'estomac.

Intestin grêle. — Chez tous les sujets dont l'autopsie a été faite, nous avons rencontré des lésions dans l'intestin grêle ; ces altérations ont offert des caractères variés, suivant qu'elles occupaient la muqueuse intestinale, les glandes vésiculeuses isolées ou solitaires, appelées improprement dans les auteurs *glandes de Brünner,* et les glandes vésiculeuses agglomérées ou agminées, dites *plaques de Peyer* [1].

[1] L'intestin grêle présente des *glandes acineuses*, des *glandes tubuleuses* et des *glandes vésiculeuses*. 1° Les *glandes acineuses* (glandes en grappe, glandes de Brünner) ne se rencontrent que dans le duodénum. On les observe sur toute sa circonférence et sur toute

A. Lésions de la muqueuse

La muqueuse de l'intestin grêle est souvent altérée; nous l'avons trouvée rouge, injectée dans les deux tiers des cas que nous avons observés (21 fois sur 32 cas). Les onze malades qui n'ont pas présenté de rougeur dans l'intestin étaient morts les 8e, 9e, 10e, 13e, 17e, 21e, 23e, 25e et 34e jour (*Obs.* 6, 14, 16, 21, 23, 24, 27, 29, 30, 32, 33). Cette injection n'est pas uniforme; elle est très-variable dans son intensité, dans son étendue et dans son siége. Tantôt, en effet, elle existe seulement autour des follicules et des plaques altérées; tantôt elle est disséminée dans leurs intervalles. Chez tel individu, elle siège dans la première moitié de l'intestin; chez tel autre, elle occupe la dernière portion de l'iléon; dans un troisième cas, elle se présente de distance en distance par plaques plus ou moins régulières. Plus rarement elle

sa longueur.— 2o Les *glandes tubuleuses* (glandes en cœcum, glandes de Lieberkühn) siégent dans l'épaisseur de la tunique muqueuse de l'intestin. Elles existent sur toute la longueur de cette tunique et sur toute sa circonférence; on les trouve aussi sur les follicules clos agminés et sur les follicules isolés. — 3o Les *glandes vésiculeuses* (follicules clos) se présentent sous l'aspect de corpuscules arrondis ou un peu aplatis, sous-jacents à la muqueuse intestinale, mais sans communication cependant avec la cavité de l'intestin. Ces glandes ne sont pas rassemblées sur une partie limitée de l'intestin, comme celles de Brünner, ni réparties uniformément sur toute l'étendue de la muqueuse intestinale, comme celles de Lieberkühn; elles se rapprochent sur certains points pour former des groupes plus ou moins étendus, et se trouvent irrégulièrement disséminées sur tous les autres, c'est-à-dire sur la presque totalité de l'étendue de la muqueuse. Il y a donc à considérer deux espèces de glandes vésiculeuses : celles qui sont agglomérées ou agminées et celles qui sont isolées ou solitaires. — Disposées sur un même plan, et assez rapprochées souvent pour se toucher par un point de leur périphérie, les *glandes vésiculeuses agminées* forment, suivant le langage de la

envahit toute la longueur de l'intestin sous la forme d'arborisations plus ou moins vives.

Ainsi, chez trois sujets, la muqueuse intestinale était injectée dans toute son étendue. Mais chez l'un d'eux (*Obs.* 28), la rougeur, quoique générale, était plus marquée au voisinage des plaques. Elle existait seulement autour de ces dernières chez quatre individus. Neuf fois elle était disséminée dans l'intestin à des intervalles plus ou moins éloignés. Dans un de ces cas (*Obs.* 15), la muqueuse présentait, en outre, vers l'extrémité inférieure de l'iléon une rougeur bien plus vive. Chez deux sujets, la rougeur existait dans la première moitié de l'intestin; mais l'un d'eux (*Obs.* 17) offrait encore de l'injection au voisinage de la valvule. Enfin, six fois, nous avons vu l'injection siéger à la fin de l'iléon sur une étendue de 20 à 30 centimètres.

plupart des auteurs, des espèces de plaques sur lesquelles passe la tunique muqueuse. Ces plaques, dites *plaques de Peyer*, occupent le bord libre ou convexe de l'intestin grêle. Quelquefois elles sont situées à l'union de ce bord avec l'une ou l'autre des faces latérales; jamais on ne les observe sur le bord adhérent. L'iléon constitue leur siége de prédilection. (*Voir* Sappey, Traité d'anat. descriptive, T. III, p. 160.)

Le gros intestin renferme des glandes tubuleuses, des glandes vésiculeuses et des glandes utriculaires. Les glandes vésiculeuses sont irrégulièrement disséminées sur la muqueuse du gros intestin; elles s'y montrent constamment à l'état isolé ou solitaire.

Les récentes recherches histologiques ont démontré que les follicules solitaires et de Peyer ont la disposition et la fonction des ganglions lymphatiques. Ces glandes n'ont rien de commun avec les glandes ordinaires qui sécrètent dans l'intestin. «Une plaque de Peyer, dit Virchow, n'est autre chose qu'un ganglion lymphatique étalé: les follicules de la plaque répondent, comme les follicules solitaires du tube digestif, aux follicules du ganglion.» (La Path. cellul., trad. par P. Picard. Paris, 1861, p. 159.)

Voici un tableau qui montre l'état de la muqueuse dans les trente-deux cas que nous avons observés :

Absence de rougeur		11 fois.
Rougeur de la muqueuse		21
Rougeur générale		3
—	siégeant autour de follicules malades	4
—	disséminée par plaques	9
—	limitée à la première moitié de l'iléon	2
—	à la fin de l'iléon	8

B. Lésions des glandes isolées.

A l'extérieur de l'intestin grêle, on voit souvent de distance en distance des plaques brunes ou noires. En pinçant les parois de cet organe au niveau de ces points, on perçoit un épaississement plus ou moins grand des tuniques; c'est là un indice de l'altération des glandes intestinales : ces taches, en effet, correspondent aux follicules malades. Mais pour mieux apprécier ces lésions, il convient d'ouvrir l'intestin ; après l'avoir détaché dans toute son étendue, on l'incise en suivant l'insertion du mésentère; puis, on le lave et on l'étale sur une table. Ce n'est pas sans motif que l'on conseille de faire l'incision sur le bord adhérent ou concave de l'intestin; c'est que les glandes agminées siégent sur le bord convexe, et il importe, pour l'exactitude des recherches, que les plaques ne soient pas divisées.

Les altérations des glandes isolées peuvent être rattachées à deux types principaux : la forme *granuleuse* et la forme *pustuleuse* de Forget. Tantôt, en effet, ces glandes sont seulement soulevées ou hypertrophiées, et elles ressemblent à des granulations, à des papules blanchâtres; tantôt elles sont le siége d'ulcérations, ce qui leur donne l'aspect d'une grosse pustule dont le sommet serait gangrené ou ulcéré.

Ces glandes isolées ont été exemptes d'altération chez le tiers des malades qui ont succombé (11 fois). Les onze

sujets chez lesquels les glandes isolées étaient saines, étaient morts les 10e, 13e, 14e, 17e, 18e, 22e, 23e, 25e, 32e jour. Dans quinze cas, elles ont présenté la forme *granuleuse;* elles étaient soulevées, coniques, arrondies, blanchâtres, ressemblant à de véritables papules : ces petites tumeurs siégeaient sur tout le pourtour de l'intestin. Dix fois, elles étaient disséminées dans l'intervalle des plaques de Peyer. Cette disposition se rencontre le plus souvent ; mais sur cinq sujets, elles étaient agglomérées au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Cette altération a toujours fait défaut dans le tiers supérieur de l'intestin grêle ; elle est ordinairement plus fréquente dans les points où siègent les plaques de Peyer altérées.

Nous avons constaté quatorze fois l'*ulcération* des glandes isolées chez des sujets morts les 9e, 13e, 17e, 18e, 21e, 25e, 27e, 29e, 38e, 39e, 45e jour. Cette lésion présente des aspects variables : tantôt les glandes malades ressemblent à des pustules de variole, ulcérées à leur sommet ; tantôt on trouve une ulcération superficielle reposant sur une glande isolée épaissie et rouge ; d'autres fois, on ne voit qu'une ulcération plus ou moins large, à bords irrégulièrement circulaires, épaissis, indurés. Le plus souvent ces ulcérations sont circulaires, et elles ont ordinairement un diamètre qui varie entre 1 et 5 millimètres. Chez un sujet, elles présentaient une forme ovalaire, dont le plus grand diamètre avait une direction perpendiculaire à l'axe de l'intestin. L'ulcération n'intéressait habituellement que la membrane muqueuse ; dans quelques cas, la tunique fibreuse était détruite, et les fibres circulaires de la tunique musculeuse étaient mises à nu. Quatre fois, les glandes ulcérées contenaient une matière jaune molle, très-adhérente, résistant même à un lavage très-prolongé. Six fois sur 14 cas, ces ulcérations siégeaient au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Chez huit sujets, elles étaient disséminées dans les

intervalles qui séparaient les plaques de Peyer plus ou moins profondément altérées; mais dans tous ces cas, la lésion était d'autant plus profonde qu'on se rapprochait de la fin de l'iléon. — Ces ulcérations ont été en nombre variable. Dans quelques cas nous en avons compté seulement quatre ou cinq, et dans d'autres il y en a eu jusqu'à vingt-sept.

Cicatrisation. — Chez deux sujets, ces glandes nous ont offert des traces de cicatrisation. Chez l'un d'eux (*Obs.* 35) mort au 38e jour, nous avons trouvé, à la fin de l'intestin grêle, quatre ulcérations complètement cicatrisées. Sur une glande isolée présentant une coloration rougeâtre et un diamètre de 4 ou 5 millimètres environ, nous avons constaté au centre un tissu blanc, lisse, légèrement froncé sur les bords. — Chez un autre sujet (*Obs.* 36) qui succomba le 45e jour, nous avons observé vers la fin de l'iléon un grand nombre de taches lenticulaires non saillantes, non épaissies, d'un aspect noir au premier abord, mais composées en réalité d'un point noir placé au centre d'un cercle blanc, qui était entouré lui-même d'une auréole noire; ces taches ressemblaient assez bien aux pustules desséchées d'un varioleux.

Le tableau suivant montre l'état des glandes isolées chez les trente-deux sujets dont nous avons pratiqué l'autopsie :

Absence de lésion des glandes isolées	11 fois.
Hypertrophie des glandes isolées existant seule	7
Ulcération de ces glandes	5
Hypertrophie et ulcération constatées simultanément	7
Cicatrices coïncidant dans un cas avec l'hypertrophie de ces glandes	2

C Lésions des glandes agminées dites plaques de Peyer.

Chez tous les malades qui ont succombé à la fièvre typhoïde, nous avons constaté l'altération des plaques de Peyer. Cette lésion offre des degrés et des caractères divers.

Chez certains sujets, les plaques de Peyer présentent des modifications dans leur aspect et dans leur consistance, on n'observe pas encore de solution de continuité ; dans d'autres cas, elles sont le siége d'ulcérations plus ou moins profondes.

Ainsi, plaques *non ulcérées* et plaques *ulcérées*, tels sont les deux types les plus généraux des lésions propres aux glandes de Peyer. Dans le premier de ces types, nous rencontrons deux variétés principales : dans un premier cas, la glande est simplement piquetée de noir, elle ne fait pas de saillie à la surface de l'intestin : c'est la forme *pointillée* de Forget; dans un second cas, elle est plus ou moins épaissie, et cette altération, suivant son degré plus ou moins avancé, comprend les formes *réticulée* et *gaufrée* de Forget.

I. Plaques non ulcérées. — 1° *Forme pointillée*. — Neuf fois sur trente-deux cas, nous avons rencontré des plaques pointillées : nous les avons observées chez des malades morts du 13e au 45e jour [1]. Dans cette forme, la plaque n'est pas épaissie ; elle présente seulement des points noirâtres, ce qui lui donne l'aspect d'une *barbe fraîchement rasée*. Chez sept individus, les plaques qui étaient piquetées de noir offraient cette forme dans toute leur étendue. Deux fois (*Obs*. 7 et 18) nous avons trouvé des plaques en partie pointillées et en partie réticulées. Chez un sujet (*Obs*. 36), la forme pointillée coïncidait avec des plaques de Peyer cicatrisées.

2° *Plaques réticulées* (plaques à surface réticulée de Chomel, plaques molles de M. Louis). — Elles ont été constatées chez vingt-trois individus. Avant le 9e jour, nous ne les avons jamais rencontrées. Ces plaques étaient

[1] Les neuf sujets qui ont présenté des plaques pointillées ont succombé les 13e, 14e, 15e, 17e, 22e, 29e, 39e, 45e jour.

encore apparentes dans un cas où la mort a eu lieu le 52e jour[1].

Elles siègent dans tous les cas sur le bord convexe de l'intestin à l'opposite de l'insertion du mésentère.

Le plus souvent elles font peu de saillie à l'intérieur de l'intestin. Dans cinq cas, nous les avons trouvées très-saillantes. Elles ont en général une forme ovalaire dont le plus grand diamètre est dirigé dans le sens de l'axe. Chez les sujets que nous avons examinés, elles mesuraient de 3 à 10 centimètres en longueur et de 1 à 2 centimètres en largeur; une d'elles, dans un cas, avait 15 centimètres de longueur.

La dimension des plaques n'est nullement en rapport avec leur degré d'altération ni avec leur position plus ou moins rapprochée de la valvule. En effet, on voit des plaques très-courtes et à peine malades, intermédiaires à des plaques plus longues et beaucoup plus profondément altérées, et *vice versâ*.

Elles avaient toutes l'aspect d'une espèce de réseau à mailles assez régulières, c'est ce qui a fait comparer avec raison leur tissu au parenchyme de la cerise; trois fois seulement ces plaques ont offert une coloration rouge. Chez ces trois sujets, la muqueuse était injectée autour des plaques et dans leur intervalle. Vingt-trois fois, au contraire, elles étaient décolorées. Chez un sujet mort au 45e jour, elles avaient toutes un aspect grisâtre très-accentué. — En général, leur consistance était molle; le tissu offrait peu de résistance au toucher; la membrane muqueuse qui les tapisse était plus ou moins ramollie. Dans quelques cas, nous l'avons vue se détacher par le plus léger frottement.

Il arrive parfois que la même plaque présente un mélange de deux formes. Ainsi, chez deux sujets, une même

[1] Les plaques réticulées n'ont pas été observées chez neuf sujets qui étaient morts les 8e, 13e, 17e, 21e, 23e, 25e, 39e et 45e jour.

plaque réticulée a offert des ulcérations superficielles sur quelques points ; deux fois aussi elle était en même temps piquetée de noir sur une partie de sa surface ; enfin, dans deux cas, nous avons trouvé des signes de cicatrisation sur des plaques épaissies.

Les plaques réticulées ont été comptées chez tous les sujets. Leur nombre a été :

De	1	à	5	chez	8	individus.
De	6	à	10	—	3	—
De	12	à	15	—	4	—
De	16	à	20	—	5	—
De	25	à	27	—	3	—

3° *Plaques gaufrées* (plaques gaufrées de Chomel, plaques dures de M. Louis). — Elles ont existé chez dix-sept sujets. Nous les avons vues chez des individus morts le 8e, 9e, 10e jour, etc. Après le 29e jour, nous ne les avons rencontrées que dans un cas où la mort survint le 45e jour. Comme les plaques réticulées dont elles paraissent être un degré plus avancé, on les trouve sur le bord convexe de l'intestin à l'opposite de l'insertion du mésentère. Comme elles aussi, elles sont, en général, ovalaires, et ont leur plus grand diamètre dirigé dans le sens de l'axe. Chez un seul sujet ces plaques avaient une forme irrégulièrement circulaire. Leur diamètre était compris entre 2 et 5 centimètres.

Le plus souvent elles étaient accumulées au voisinage de la valvule iléo-cœcale ; mais on les voyait aussi s'étendre plus ou moins haut dans l'intestin grêle.

Ces plaques offraient une saillie plus considérable que les précédentes ; elles étaient constituées par la tuméfaction du tissu de la plaque de Peyer ; elles étaient dures, saillantes dans l'intestin.

En général, elles étaient lisses à leur surface ; mais dans un cas elles étaient mamelonnées ; dans un autre elles

avaient un aspect granuleux ; on aurait dit des granulations jaunes sur un fond rouge ; enfin, dans un troisième cas, elles étaient épanouies en forme de champignon. Leur coloration était variable, cinq fois seulement elles ont présenté une coloration rouge; dans ces cinq cas, la muqueuse qui les environnait était injectée; chez tous les autres sujets les plaques étaient plutôt pâles.

La muqueuse a offert les mêmes altérations que dans les plaques réticulées; elle était ramollie chez deux individus; sept fois seulement elle s'est trouvée ulcérée.

Ces plaques présentaient au toucher une résistance élastique. En les incisant, on constatait sous la muqueuse une matière ferme, d'un aspect brillant et d'une coloration blanc-jaunâtre.

Leur nombre n'a pas été déterminé dans trois cas; chez 14 sujets, on en a trouvé:

De 2 à 10	—	9 fois.
De 14 à 20	—	5 fois.

II. Plaques ulcérées. — Les ulcérations de l'intestin ont été constatées vingt-quatre fois; elles ont manqué chez huit sujets seulement. Dans un de ces cas, le malade était mort le 8e jour; nous ne les avons observées que le 9e, 10e, 13e jour, etc. Après le 34e jour, aucun malade n'a présenté des ulcérations; nous les avons trouvées cicatrisées au 45e jour.

Ces altérations, comme les précédentes, siégeaient à l'opposite de l'insertion du mésentère. Elles étaient d'autant plus étendues en longueur qu'on se rapprochait de la valvule iléo-cœcale.

Quinze individus ont présenté des ulcérations qui n'occupaient qu'une partie des plaques de Peyer plus ou moins épaissies. Huit fois ces solutions de continuité siégeaient sur des plaques réticulées et sept fois sur des plaques gaufrées.

Quelquefois nous en avons rencontré plusieurs sur une même plaque. — A côté de ces ulcérations on en voyait d'autres qui avaient envahi toute la plaque de Peyer, sur laquelle elles siégeaient. Dans certains cas, la glande agminée avait été si bien détruite, qu'il n'en restait plus aucun vestige, et qu'il était même difficile de savoir si l'ulcère était le résultat de la mortification d'une plaque de Peyer. De pareilles altérations ont été notées chez quatorze sujets. Ce sont là deux variétés d'une même lésion qui ne diffèrent que par le degré d'étendue et de profondeur. Tantôt on n'observe qu'une de ces variétés isolément; tantôt, au contraire, on les trouve simultanément chez le même sujet; les premières existaient seules dans neuf cas, et les secondes huit fois. Chez dix individus nous avons rencontré les unes et les autres.

Les ulcérations sont le plus souvent ovalaires. En général, elles ont leur plus grand diamètre dirigé dans le sens de l'axe intestinal. Chez un sujet (*Obs.* 25), elles avaient une direction perpendiculaire à celle de l'iléon ; elles étaient dirigées dans un sens transversal. Leur dimension est variable ; lenticulaires dans quelques cas, elles ont mesuré dans d'autres 7 et même 10 centimètres de long. Quelquefois elles ont présenté une forme irrégulièrement circulaire, et alors elles n'ont jamais eu plus de 5 centimètres de diamètre. Ces deux formes ne s'excluent pas, et il n'est pas rare de les observer l'une et l'autre sur le même individu. Ces ulcérations sont variables dans leur profondeur autant que dans leur étendue. Elles étaient très-superficielles chez quelques individus, surtout lorsqu'elles siégeaient sur une plaque épaissie ; dans d'autres cas plus nombreux, le travail d'ulcération avait mis à nu la couche musculeuse ; enfin, six fois cette couche était détruite à son tour, et la séreuse apparaissait au fond de l'ulcération et ressemblait à une pellicule d'oignon. Chez quatre de ces sujets il existait une perforation de l'intestin.

Dans quelques cas où l'ulcération n'intéressait que la muqueuse intestinale, la surface ulcérée présentait des granulations.

Souvent on rêncontre dans l'ulcération les débris des tissus mortifiés. Dans un cas (*Obs.* 24), les ulcères renfermaient une matière putrilagineuse, jaunâtre à la surface, mais noirâtre dans ses couches profondes. Chez sept individus ils contenaient aussi une matière jaune très-adhérente : cette coloration, qui résiste au lavage, est généralement attribuée à l'action de la bile, dans laquelle les matières mortifiées ont pour ainsi dire macéré.

L'aspect des ulcérations que nous avons constatées peut être rapporté à deux formes principales. Chomel, qui les a très-bien décrites, désigne l'une d'elles sous le nom d'ulcères intestinaux simples, et l'autre sous celui d'ulcères intestinaux avec hypertrophie des tuniques musculeuse et celluleuse. Dans la première de ces formes, les bords de l'ulcération ne présentent aucun signe de travail inflammatoire local; ils n'offrent ni injection, ni ramollissement, ni épaississement; nous l'avons rencontrée chez trois sujets. La seconde forme, beaucoup plus commune, a existé chez onze individus. Elle se caractérise par des bords épaissis, saillants, durs et rouges. Dans quelques cas, la muqueuse de l'intestin était décollée autour des ulcérations sur une étendue plus ou moins grande. Nous avons vu les solutions de continuité siéger sur des plaques plus ou moins épaissies et coexister avec elles. Mais il est des cas où l'on ne trouve que des ulcères. L'examen le plus minutieux ne fait découvrir aucune plaque présentant toute autre altération. Parmi les 32 sujets que nous avons autopsiés, un seul nous a offert cette particularité (*Obs.* 12).

Il est, avons-nous dit, certaines ulcérations qui paraissent souvent indépendantes des plaques de Peyer ; dans ces cas, que nous avons rencontrés huit fois, il y a eu simultanément

des plaques épaissies, réticulées ou gaufrées. — On s'est demandé si ces ulcérations avaient pour point de départ une plaque de Peyer altérée. Bien qu'au pourtour de la plaque, rien n'indique qu'il y a eu là préalablement une glande malade, la forme et la position de ces ulcérations rappellent le plus souvent celles des follicules agminés. Cependant il faut reconnaître qu'il est des cas où ces ulcérations occupent des positions différentes et offrent des formes variées : c'est alors que le doute est possible. Mais on peut admettre que ces ulcères ont eu pour origine une ou plusieurs glandes isolées altérées.

D'après Chomel, l'ulcération de l'intestin reconnaît deux modes de développement principaux. — Tantôt elle débute à la surface de la membrane muqueuse qui se ramollit et s'ulcère : cette perte de substance s'étend insensiblement en largeur et en profondeur, jusqu'à ce que la totalité ou une grande partie de cette tunique et même de la glande soient détruites. Il est évident, dans ces cas, que la mortification de la glande est consécutive à l'ulcération de la muqueuse ; elle se produit de dehors en dedans et d'une manière graduelle. — Tantôt le travail de mortification commence par le tissu même de la plaque, et s'étend consécutivement à la membrane muqueuse qui s'ulcère sur un ou plusieurs points ; il arrive parfois que celle-ci n'est pas complètement détruite, il reste alors des lambeaux de muqueuse saine formant des brides qui sont disposées quelquefois à la manière d'une arcade, et qui retiennent, au fond de l'ulcération, les débris des tissus mortifiés. Dans ce second mode de développement, au contraire, l'altération de la muqueuse est le résultat de celle du follicule : ici la mortification procède de dedans en dehors, et elle semble s'opérer en masse.

Quel que soit le point de départ de l'ulcération, elle amène dans les deux cas les mêmes désordres : la destruction de la glande agminée et de la membrane qui la recouvre.

On peut rencontrer chez le même sujet des ulcérations qui se sont produites suivant l'un et l'autre mode.

Les ulcères intestinaux ont été en nombre variable. En général, ils n'ont pas été très-nombreux. Dans 23 cas nous en avons trouvé de 1 à 15, une seule fois nous en avons compté 20.

Cicatrices. — Lorsque le malade meurt à une époque éloignée du début, il n'est pas rare d'observer de véritables cicatrices qui remplacent les ulcérations. Elles sont, généralement, blanches, lisses, circulaires ou allongées. L'intestin au niveau de ces points paraît plus mince. Deux fois nous avons constaté des traces de cicatrisation. Chez un sujet (*Obs.* 36), les plaques avaient un aspect grisâtre, et elles présentaient sur plusieurs points des taches blanches, déprimées, lisses. Chez un autre (*Obs.* 35), nous avons observé sur trois plaques de Peyer une petite tache blanchâtre et lisse, indice d'une cicatrisation déjà accomplie.

Gros intestin. — Chez la plupart des sujets qui succombent à la fièvre typhoïde, on rencontre des lésions dans le gros intestin. Dans les deux tiers des cas (22 fois sur 32), nous avons trouvé cet organe plus ou moins profondément altéré. Nous y avons constaté l'injection de la muqueuse, l'hypertrophie des glandes vésiculeuses ou follicules clos, et leur ulcération.

L'injection de la muqueuse a été notée onze fois ; chez huit sujets elle existait seule indépendamment de toute autre lésion ; trois fois elle a coïncidé avec l'hypertrophie des follicules clos ou avec leur ulcération ; quant au siége de l'injection, il n'y a eu rien de fixe.

Le plus souvent disséminée, elle a été limitée dans trois cas seulement, soit au voisinage de la valvule, soit au niveau du colon transverse, soit enfin près du rectum. Si nous comparons la rougeur du gros intestin à celle de

l'intestin grêle, nous trouvons que sur neuf sujets il y a eu coïncidence, et alors la rougeur de l'intestin grêle était limitée à la fin de l'iléon, ou bien disséminée. Deux fois seulement, la rougeur du gros intestin a existé sans rougeur de l'intestin grêle.

Les follicules isolés ont présenté sept fois des altérations; chez quatre sujets, ils étaient très-nombreux et simplement hypertrophiés. Ils avaient un aspect blanc qui les faisait ressembler à des grains de riz. Une fois seulement, nous avons constaté des follicules rouges épaissis; enfin, dans quatre cas il y a eu des ulcérations sur ces mêmes follicules. Elles étaient superficielles, peu étendues, à bords le plus souvent épaissis; chez un seul individu elles ont renfermé de la matière jaune.

D'autres ulcérations plus étendues, et, en apparence, indépendantes de tout follicule primitivement malade, existaient dans le gros intestin chez huit sujets, qui avaient succombé le 13e, 15e, 17e, 21e, 23e et 25e jour. Leur nombre a été très-variable, mais en général il n'a pas été considérable; en effet, nous n'avons jamais rencontré plus de dix ulcérations. Leur siége le plus habituel est le cœcum et le colon ascendant, c'est-à-dire la partie du gros intestin qui avoisine l'iléon. Il nous a été impossible, dans tous ces cas, de déterminer si elles avaient eu pour origine une glande ou bien si elles s'étaient développées dans l'intervalle des follicules. Quoi qu'il en soit, ces ulcérations, le plus souvent superficielles, étaient dans quelques cas profondes, à tel point que la membrane musculeuse était à nu. Elles ont présenté presque toutes des bords aplatis et une forme irrégulièrement arrondie. Chez un sujet (*Obs.* 29) mort le 13e jour, nous avons rencontré une perforation au niveau du cœcum. — Comparées avec celles de l'iléon, les ulcérations du gros intestin ont été, en général, plus superficielles, moins larges et moins nombreuses.

Des cicatrices ont été constatées dans le gros intestin chez deux sujets. Une fois (*Obs.* 35), les follicules clos étaient très-nombreux, aplatis, noirâtres et circulaires; ils présentaient au centre un point rouge, dernier vestige d'une ulcération presque guérie. Ce point rouge manquait sur plusieurs autres follicules. Dans un autre cas (*Obs.* 36), la forme des follicules clos était la même que celle que nous avons décrite en parlant des cicatrices des glandes isolées de l'intestin grêle.

En résumé, nous avons observé 14 fois la lésion des follicules du gros intestin ; nous avons trouvé :

Des ulcérations seulement..........	8 fois.
Des follicules ulcérés coïncidant avec des follicules soulevés.........	3
Des follicules ulcérés cicatrisés......	2
Des follicules soulevés seulement.....	1

Il est, en outre, certaines lésions de l'intestin que nous n'avons notées que dans quelques cas : ainsi, chez un sujet nous avons rencontré une invagination de l'intestin grêle à 50 centimètres de la valvule (*Obs.* 18). Chez un autre, mort le 17e jour, l'appendice cœcal était considérablement tuméfié ; il était aussi gros que l'index d'un adulte. Les parois étaient épaissies et la muqueuse ulcérée dans toute son étendue ; cette ulcération présentait un aspect mamelonné ; elle n'intéressait que la muqueuse (*Obs.* 24).

Quant aux matières renfermées dans l'intestin, elles ont offert de nombreuses variétés : tantôt on trouvait des matières jaunâtres liquides et tantôt des matières fécales dures siégeant dans le gros intestin.

Chez deux individus (*Obs.* 20 et 21), il y a eu des vers lombrics dans l'iléon : nous en avons compté une douzaine dans un de ces cas (*Obs.* 21).

Rapport des diverses lésions de l'intestin. — Les plaques de Peyer ont été, dans tous les cas, plus ou moins profondément modifiées. Cette altération a présenté des formes variables que nous avons étudiées isolément ; mais il est rare qu'on ne trouve qu'une de ces diverses lésions chez chaque malade. Le plus souvent plusieurs de ces altérations, sinon toutes, existent chez le même sujet. Nous avons été obligé, pour la facilité de l'étude, de séparer ce qui au lit du malade est presque toujours réuni. — Après ce travail d'analyse, il est bon de faire un peu de synthèse, de comparer entre elles ces diverses formes, et d'étudier dans quels rapports elles se présentent habituellement sur le même sujet.

Commençons par les lésions que nous offrent les glandes agminées. Chez un seul individu, nous n'avons rencontré que des plaques pointillées ; dans les autres cas, nous les avons vues coexister avec des plaques

Réticulées...........	7 fois.
Gaufrées............	3
Cicatrisées..........	1
Ulcérées............	5

Les plaques réticulées ont été observées dans un cas en l'absence de toute autre altération des follicules agminés ; elles ont coïncidé avec des plaques

Gaufrées............	11 fois.
Ulcérées............	18

Deux fois nous n'avons trouvé que des plaques gaufrées ; mais sur douze sujets nous avons constaté simultanément des plaques gaufrées et des ulcérations.

Nous présentons, sous forme de tableau, les rapports des lésions des plaques de Peyer d'après les faits que nous avons observés :

Plaques	pointillées, réticulées, gaufrées, ulcérées.	2 fois.
—	.... réticulées, gaufrées, ulcérées.	6
—	pointillées, réticulées, ... ulcérées.	3
—	pointillées, réticulées, gaufrées.........	1
—	.... réticulées, ... ulcérées.	7
—	.... gaufrées, ulcérées.	4
—	.... réticulées, gaufrées.........	2
—	pointillées, ... cicatrisées.	1
—	pointillées, réticulées................	1
—	pointillées.........................	1
—	.... réticulées.................	1
—	.... gaufrées..........	2
—	.... ulcérées.	1

Si nous étudions l'altération des glandes isolées, que voyons-nous ?

Cette lésion a été constatée dans 21 cas. Huit fois il y a eu simultanément des follicules hypertrophiés et ulcérés; dans un de ces cas les ulcérations étaient cicatrisées. Chez treize sujets, nous n'avons trouvé qu'une des deux lésions : l'hypertrophie des glandes isolées, 7 fois; leur ulcération, 6 fois.

Mais la lésion de ces glandes, quelle qu'elle fût, n'a jamais existé seule. Dans tous les cas, il y a eu en même temps une altération des plaques de Peyer. En comparant ces deux ordres de lésions, nous arrivons aux résultats suivants :

L'hypertrophie des follicules clos, constatée 15 fois, a coexisté avec des plaques

Réticulées..........................	1 fois.
..........gaufrées.................	1
Réticulées, gaufrées................	2
..........gaufrées, ulcérées........	2
Réticulées......... ulcérées........	3
Réticulées, gaufrées, ulcérées........	5
Avec des cicatrices.................	1

L'ulcération de ces glandes, que nous avons notée 14 fois, a accompagné des plaques

Pointillées...........................	1 fois.
........réticulées....................	1
........réticulées, gaufrées...........	1
.... réticulées, ...ulcérées..	3
...................gaufrées, ulcérées...	3
.........réticulées, gaufrées, ulcérées..	4
Des plaques cicatrisées.................	1

Dans les 8 cas où l'hypertrophie et l'ulcération des follicules isolés coexistaient, nous avons trouvé des plaques

Réticulées, gaufrées..................	1 fois.
Réticulées,.................ulcérées..	1
.... gaufrées, ... ulcérées..	2
Réticulées, gaufrées,........ulcérées..	3
Pointillées et cicatrisées..............	1

Il résulte de ces tableaux que l'altération des glandes isolées, quelle qu'elle soit, se rencontre le plus souvent en même temps que celle des plaques de Peyer, et que cette dernière est en général très-prononcée.

Si nous comparons les lésions du gros intestin à celles de l'intestin grêle, nous voyons qu'elles ont coïncidé avec des plaques

Réticulées, gaufrées, ulcérées........	3 fois.
Réticulées, ... ulcérées........	4
.... gaufrées, ulcérées........	3
Réticulées, gaufrées.................	1
.... ulcérées........	1

Ainsi, les lésions du gros intestin ont coexisté, dans la majorité des cas, avec des ulcérations de l'intestin grêle. D'où la conclusion que, dans les cas de fièvre typhoïde, l'intestin grêle est, en général, plus ou moins profondément altéré, toutes les fois que le gros intestin présente une lésion quelconque.

Ganglions mésentériques. — L'altération des ganglions mésentériques a été constante. — En mettant de côté deux observations où il n'est pas fait mention de cette lésion, nous trouvons qu'elle a existé dans les trente cas où les ganglions ont été examinés. Trois fois nous n'avons noté que leur engorgement simple; chez tous les autres malades l'examen a été plus minutieux, il nous a fourni les résultats suivants.

En général, les ganglions altérés ont été nombreux; leur volume avait subi une augmentation variable; dans les cas les plus légers, ils présentaient le volume d'un gros haricot; par contre, dans les cas plus graves, nous les avons vu acquérir la dimension d'une grosse noix, et même, chez un individu, un de ces ganglions a offert le volume d'un petit œuf de poule. Il est à noter que, chez le même sujet, ils n'ont pas tous le même volume; leur dimension varie, et l'on constate toujours que les plus gros correspondent à la fin de l'iléon, c'est-à-dire aux points où siègent les plaques de Peyer le plus profondément malades.

Leur aspect subit des variations en rapport avec l'âge de la maladie : dans les premiers temps ils sont d'un rouge tendre ou d'un rouge foncé; plus tard ils ont une teinte brunâtre ou violacée et quelquefois noirâtre; enfin, à une époque plus avancée, ils prennent un aspect gris ardoisé.

Au point de vue de la consistance, ils étaient ramollis et friables: cette altération devenait plus marquée à mesure que la maladie était plus ancienne. Dans quelques cas nous avons noté des points de suppuration isolés; mais jamais nous n'avons vu le pus réuni en foyer. M. Louis dit avoir rencontré, chez un sujet mort au 48e jour, un ganglion mésentérique, situé au voisinage du cœcum, entièrement rempli de pus. Il paraît que les parois de cette glande étaient si minces qu'elles se seraient inévitablement ou-

vertes dans la cavité de l'abdomen si la mort fût arrivée quelques jours plus tard [1].

En étudiant les lésions de la fièvre typhoïde, on est frappé des rapports qui existent entre les lésions des ganglions mésentériques et l'altération des follicules intestinaux. Déjà Petit et Serres avaient constaté la fréquence de ces deux ordres de lésions et leur corrélation, d'où le nom de fièvre *entéro-mésentérique*, donné par ces auteurs à la maladie qui nous occupe.

L'observation prouve que l'altération des ganglions est aussi fréquente que celle des follicules intestinaux, et qu'elle a lieu, comme cette dernière, chez presque tous les sujets. Elle démontre encore que les ganglions qui paraissent le plus gravement affectés correspondent aux follicules qui sont le plus malades. Ainsi, nous avons vu que les plaques de Peyer et les follicules isolés sont d'autant plus profondément altérés qu'on se rapproche de la valvule iléo-cœcale. On constate aussi que les ganglions sont d'autant plus engorgés et ramollis qu'on est plus près du cœcum; de sorte qu'il semblerait qu'il y a un parallélisme entre les altérations des plaques et celles des glandes. M. Andral admet qu'il y a eu toujours, dans les cas qu'il a observés, un rapport direct entre l'intensité de la lésion intestinale et celle de la lésion des glandes (ouv. cit., p. 600).

Mais peut-on dire que ces deux genres de lésions sont dans un rapport tel, qu'à des plaques ulcérées correspondent des ganglions en pleine suppuration, et à des plaques réticulées des ganglions peu engorgés?

Une pareille corrélation n'existe pas. L'expérience clinique enseigne que des ganglions très-ramollis et pleins de pus peuvent coïncider avec des plaques réticulées ou gaufrées, et que, dans d'autres cas, à des ulcérations pro-

[1] Ouv. cit., T. I, p. 240.

fondes correspondent des ganglions peu altérés. Chez trois malades nous avons rencontré des ganglions très-engorgés et très-ramollis, et cependant l'intestin ne renfermait que des plaques réticulées et gaufrées (*Obs.* 2, 5, 7). Chez deux, les ulcérations étaient peu profondes et les ganglions gravement altérés; ils avaient le volume d'une noix et même d'un petit œuf de poule (*Obs.* 13 et 18). Cependant chez quatorze, la lésion des plaques et celle des ganglions présentaient une intensité égale, de sorte que, dans ces derniers cas, il semblait y avoir un rapport direct entre ces deux espèces de lésions. — Quoi qu'il en soit, il est permis de conclure que l'altération des ganglions mésentériques est consécutive à celle de l'intestin.

On s'est demandé encore si le pus contenu quelquefois dans les ganglions n'y serait pas transporté de la surface des plaques ulcérées à l'aide des vaisseaux lymphatiques. Cette opinion tombe devant les faits qui montrent des ganglions en pleine suppuration, alors que dans l'intestin il n'y a que des plaques simplement épaissies. Nous sommes porté à penser que la lésion des ganglions mésentériques doit être assimilée à celle des ganglions des autres régions. « Il y a, dit M. Andral, un rapprochement à faire entre l'engorgement que subissent alors les glandes du mésentère et celui qu'éprouvent les ganglions lymphatiques de l'aisselle ou de l'aine, lorsqu'un virus, une matière irritante quelconque sont déposés dans le tissu des parties dont les vaisseaux lymphatiques aboutissent à ces glandes [1]. » On voit des bubons, des adénites être la conséquence de légères excoriations, d'ulcérations simples ou spécifiques; il n'est pas nécessaire, pour que l'hypérémie et la suppuration de ces ganglions aient lieu, que du pus soit charrié du point de départ au ganglion. Il suffit qu'il existe une

[1] Ouvr. cit., T. I, p. 600.

irritation quelconque dans le point de la peau d'où naissent les lymphatiques qui se rendent à ces ganglions. Pourquoi en serait-il autrement pour les glandes du mésentère ?

Perforation intestinale. — Nous avons vu que, dans un certain nombre de cas, l'ulcération, au lieu de se borner à la muqueuse de l'intestin, avait envahi la tunique musculeuse. Le feuillet séreux avait été mis à nu, il se montrait sous la forme d'une pellicule d'oignon. Mais parfois le travail ulcératif ne s'arrête pas là ; il s'étend à cette membrane elle-même et la détruit ; il en résulte une solution de continuité qui établit une libre communication entre l'intérieur de l'intestin et la cavité péritonéale, et permet l'épanchement dans cette dernière des matières contenues dans le tube intestinal.

Ces matières agissent à titre de corps étrangers sur la séreuse, l'irritent et provoquent un travail inflammatoire. Une péritonite par réaction se déclare aussitôt ; elle affecte une marche suraiguë et entraîne presque toujours la mort du malade.

Nous avons constaté cinq fois cette fâcheuse complication sur un chiffre de 102 malades, dont 32 ont succombé. Dans ces cinq cas, la mort eut lieu le 13e, 14e, 18e, 25e et 32e jour.

Ce formidable accident n'est pas rare. Le tableau suivant montrera sa fréquence :

Bretonneau	l'a observé	8	fois sur	80	cas de mort.
M. Louis	—	8	—	55	—
Chomel	—	2	—	42	—
Montault	—	5	—	49	—
Forget	—	2	—	44	—
L'auteur	—	5	—	32	—

Ce qui donne une moyenne de 1 sur 10 $^{1}/_{15}$.

Avant même d'avoir ouvert l'intestin, chaque fois l'existence d'une perforation nous a été révélée par la présence

des matières fécales dans la cavité abdominale au voisinage de la solution de continuité. De plus, en pressant sur les intestins, on voyait sortir par l'ouverture anormale des matières liquides mêlées à des gaz ; ce qui permettait d'en déterminer le siége précis. Mais quelquefois il faut recourir à d'autres moyens ; on peut se servir avec avantage d'un filet d'eau que l'on fait couler dans l'intestin, ou mieux de l'insufflation de l'air pratiquée sous l'eau.

En général, une seule perforation suffit pour amener une péritonite mortelle ; mais parfois on observe deux et même trois perforations dans le même intestin. Chez quatre sujets (*Obs.* 25, 26, 28, 29) nous n'avons rencontré qu'une perforation ; chez un cinquième (*Obs.* 27) il en existait trois.

Le plus souvent la perforation siége sur l'intestin grêle ; six fois nous l'avons vue dans cet organe. Presque toujours elle se montre à peu de distance de la valvule iléo-cœcale. Dans un premier cas, nous avons noté un intervalle de 40 centimètres entre la perforation et la valvule de Bauhin. Dans un second, cet intervalle n'était que de 15 centimètres. Enfin, quatre fois la perforation existait tout-à-fait à la fin de l'iléon. Chez un seul malade, elle était dans le gros intestin au niveau du cœcum (*Obs.* 29).

Dans tous les cas on l'a rencontrée au centre d'une ulcération ; il était alors aisé de constater que celle-ci était plus large que l'ouverture intestinale : ce qui démontre, à défaut d'autres preuves, que la mortification des tissus a lieu de dedans en dehors. Quelquefois on trouve que l'ulcération a détruit les tuniques muqueuse, fibreuse et musculeuse ; il ne reste au fond que le péritoine, et c'est au centre de cette portion de séreuse mise à nu que réside la perforation.

Cette ulcération n'est pas toujours grande ; elle est parfois très-petite ; elle réside tantôt sur une plaque de Peyer,

tantôt sur une glande isolée. Trois fois nous l'avons constatée sur un follicule clos; elle paraissait faite comme par un emporte-pièce. Nous citerons, comme exemple, la perforation qu'on a rencontrée dans le cœcum (*Obs*. 29), et celles qu'on a observées dans l'intestin grêle chez un même individu (*Obs*. 27). Dans quatre cas (*Obs*. 25, 26, 27, 28), la perforation se trouvait au centre d'ulcérations occupant une plaque de Peyer altérée; celle-ci était ulcérée en partie ou en totalité.

En général, la largeur de l'ouverture est peu considérable. Le plus souvent elle a la dimension d'une petite lentille. Une seule fois elle a mesuré 3 millimètres de diamètre. Quant à la forme, elle offre peu de variétés; dans tous les cas elle a été circulaire.

Chez les cinq sujets qui ont présenté une perforation, les symptômes de fièvre typhoïde étaient peu accentués. Les lésions étaient profondes, mais le nombre des plaques altérées n'était pas grand; nous avons trouvé de sept à quatorze ulcérations, et de quatre à dix plaques réticulées ou gaufrées. Le nombre total des plaques malades n'a pas dépassé dix-neuf.

Chez ces malades le météorisme était accentué. On doit se demander si la distension du tube intestinal par des gaz ne doit pas suffire dans quelques cas pour produire la perforation, lorsque déjà les couches muqueuse, celluleuse, musculeuse sont détruites, et que le péritoine est enflammé. — M. Lebert signale la chute des eschares et la dégénérescence graisseuse des tissus comme des causes probables de perforation. « Je ne serais pas étonné, dit-il, si l'on parvenait à établir comme une règle générale que les perforations intestinales sont dues en général à une chute d'eschares. Le fait est que les ouvertures sont parfaitement arrondies. Gardons-nous bien, du reste, de généraliser trop tôt ce point de la science..... J'ai trouvé une autre

cause encore de perforation, la dégénérescence graisseuse des tissus et surtout de la tunique musculaire [1]. » Toutes ces conditions paraissent admissibles; elles peuvent agir isolément ou bien se trouver réunies chez le même sujet.

Péritoine. — Lorsqu'on incise les parois abdominales, on trouve habituellement l'intestin distendu par des gaz et la séreuse péritonéale très-saine.

Dix fois sur trente-deux cas cette membrane était plus ou moins profondément altérée. Huit fois nous avons noté une véritable péritonite, et chez deux sujets (*Obs.* 32 et 34) une injection générale de cette séreuse. Chez un de ces individus (*Obs.* 34), la cavité du péritoine renfermait environ un demi-litre de sérosité rougeâtre.

Chez huit sujets, disons-nous, la péritonite était bien accentuée; elle se caractérisait par une injection notable de la séreuse, que recouvraient des plaques pseudo-membraneuses molles, et par la présence, dans la cavité péritonéale, d'un liquide séro-purulent, mélangé dans quelques cas avec des matières fécales.

Si l'on remonte à la cause de la péritonite, on trouve qu'une perforation intestinale en est le plus souvent le point de départ; nous avons expliqué plus haut le mécanisme de cette perforation et le développement de l'inflammation qui en est la conséquence habituelle; cinq fois nous avons pu invoquer cette origine. Mais dans quelques cas la péritonite existe, et l'examen le plus minutieux ne peut faire découvrir la moindre communication entre l'intestin et la cavité péritonéale. Cinq fois aussi, chez des sujets morts le 10e, 13e, 17e, 21e, 45e jour (*Obs.* 30, 31, 32, 33 et 34), la péritonite a été notée en l'absence de toute perforation. L'épreuve par l'eau et l'insufflation de l'air dans l'intestin n'ont révélé aucune perforation. La vésicule du fiel et l'ap-

[1] Lebert, Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, 2 vol. Paris, 1861, T. II, p. 210.

pendice cœcal étaient dans un état d'intégrité parfait. Il a fallu s'arrêter à l'idée d'une péritonite par extension. L'inflammation ulcérative s'est propagée par continuité de tissu au péritoine, et a provoqué le développement de cette terrible complication. Peut-être aussi faut-il admettre, dans quelques cas, une péritonite accidentelle survenant au même titre qu'une pleurésie, qu'une pneumonie, etc.

La péritonite a été générale dans six cas; deux fois seulement (*Obs.* 30 et 33) l'inflammation était limitée à l'extrémité inférieure de l'iléon et dans son voisinage.

Les matières liquides épanchées ont été variables. Quatre fois nous avons trouvé une sérosité limpide évaluée à près d'un litre; chez deux sujets ce liquide était séro-purulent. Enfin, dans quatre cas, l'épanchement était constitué par une sérosité d'un aspect louche, roussâtre, mêlée avec des matières fécales et d'une odeur caractéristique. Dans ces cas, la quantité de liquide variait entre un et trois litres. Des flocons albumineux nageaient parfois dans le liquide épanché; et, dans quelques cas, nous avons trouvé du pus dans les replis des circonvolutions de l'intestin.

Bien qu'il y ait perforation, il n'y a pas toujours épanchement de matières fécales. Chez un sujet (*Obs.* 27), l'épanchement était seulement constitué par un peu de sérosité.

La rougeur du péritoine a varié d'intensité et d'étendue. Légère et générale dans un cas, elle a été très-intense chez neuf sujets. Chez deux de ces individus elle était assez limitée; au contraire, dans les sept autres cas elle occupait toute la surface de la séreuse.

Les fausses membranes ont été notées huit fois; elles étaient répandues à la surface des intestins et faisaient adhérer entre elles les circonvolutions intestinales. Ces concrétions albumineuses, en général récentes, blanches et molles, étaient très-peu adhérentes au péritoine et se déchiraient très-facilement.

Il est à remarquer que, dans tous ces cas de péritonite consécutive, la rougeur du péritoine était d'autant plus vive et les fausses membranes d'autant plus abondantes qu'on était plus près du point où siégeait la perforation.

Foie. — Les lésions du foie n'ont pas été très-variables; nous avons constaté le plus souvent un certain degré d'hypérémie de cet organe et une diminution plus ou moins grande dans sa consistance : c'est ce que nous avons rencontré dans la moitié des cas. Trois fois surtout le ramollissement a été notable, le tissu de cet organe se déchirait avec la plus grande facilité chez un cinquième de nos malades; il y a eu, en outre, une légère augmentation de volume. — Chez un individu, le parenchyme du foie était plutôt décoloré; chez deux autres, il a présenté une coloration jaune assez prononcée; enfin, chez un quatrième, il a offert l'aspect et la consistance du foie gras.

Dans un cas, nous avons rencontré un kyste du foie, du volume d'une noix, à parois complètement ossifiées; il renfermait une matière blanchâtre caséeuse ressemblant à du plâtre gâché (*Obs.* 25).

La bile était en général très-fluide; dans quelques cas la vésicule du fiel était complètement vide.

Rate. — Chez la plupart des sujets qui ont succombé, la rate était altérée. Elle nous a offert principalement une augmentation de volume et une diminution de consistance.

L'engorgement de la rate a été constaté dans presque tous les cas. Une seule fois, sur un sujet mort le 52ᵉ jour, elle a présenté les dimensions et la consistance de l'état normal.

Il est des cas où l'augmentation de volume est peu marquée. Quatre fois nous avons noté un développement très-léger, mais dans d'autres cas l'engorgement est notable. La rate acquiert un volume double et même triple de celui qu'elle a normalement : chez vingt-quatre individus son

développement a été considérable ; mesurée dans six cas, elle a offert une longueur qui a varié entre 15 et 22 centimètres et une largeur de 12 à 14 centimètres.

Nous avons voulu nous assurer si l'augmentation du volume de cet organe était soumise à une loi quelconque ; si, par exemple, elle était en rapport avec l'âge de la maladie. — Il résulte de nos propres observations qu'il n'y a aucune relation entre l'engorgement de la rate et la marche de la maladie. — En effet, chez les sujets qui étaient morts au 8e et au 9e jour, nous avons constaté une augmentation de volume aussi considérable que dans les cas où la mort avait eu lieu au 30e jour. — Toutefois, il nous a semblé qu'après le 4e septénaire cet organe tend à reprendre ses dimensions normales.

Chez presque tous nos malades, il y a eu en même temps une diminution plus ou moins grande de la consistance de la rate. En général, celle-ci avait acquis une coloration lie de vin, et elle était ramollie à des degrés divers. Dans six cas elle était complètement diffluente, et elle se réduisait en bouillie à la moindre pression. Les individus qui ont offert ce degré de ramollissement étaient morts à des époques variables, les 14e, 17e, 21e, 28e et 29e jours de la maladie (*Obs.* 15, 18, 19, 20, 26 et 34).

Quoique engorgée, la rate ne perd pas toujours sa consistance normale. Chez deux sujets, morts après vingt-cinq et vingt-sept jours de maladie, il n'y avait aucune altération dans la consistance, et cependant le volume était plus grand. Chez un troisième, mort le 9e jour, la densité était même augmentée. Le tissu était ferme et se déchirait beaucoup moins facilement ; dans ce cas aussi il y avait une augmentation de volume. — D'après nos faits, il n'est pas possible d'établir de corrélation entre le ramollissement de la rate et son degré d'engorgement.

Examinons s'il existe quelque rapport entre les modifi-

cations qu'elle présente dans sa consistance et la marche de la maladie.

Dans les cas que nous avons recueillis, la rate a commencé à se ramollir dès le 8e jour; après le 11e elle a acquis, jusqu'au 30e jour, un ramollissement de plus en plus considérable, et enfin plus tard elle a paru reprendre sa densité normale. Cependant nous l'avons trouvée encore très-friable au 45e jour.

Voici le tableau des altérations de la rate, mises en regard de l'époque de la maladie à laquelle elles ont été observées :

Volume.	Densité.	Malades.	Époque de la mort.
RATE très-volumineuse.	Très-molle.....	3	les 17e, 21e, 28e jours.
	Assez molle.....	1	le 13e jour.
	Plus dense.....	1	le 9e jour.
assez volumineuse.	Très-molle.....	2	les 14e, 19e jours.
	Assez molle.....	14	les 10e, 13e, 14e, 15e, 17e, 18e, 21e, 22e, 25e, 27e, 38e, 45e jours.
	Peu molle......	2	les 39e, 45e jours.
	Densité normale.	1	le 27e jour.
peu volumineuse.	Très-friable.....	1	le 21e jour.
	Friable........	2	les 8e, 21e jours.
	Densité normale.	1	le 25e jour.
État normal..................		1	le 32e jour.

V. Lésions des organes génito-urinaires.

Les *reins* ont été examinés avec soin dans tous les cas. Chez treize sujets ils n'ont pas offert de lésions, mais dix-huit fois ils ont présenté un peu d'hypérémie ; dans un cas ils avaient un aspect graisseux. — Quant au volume, il n'a été augmenté que deux fois. Chez un malade (*Obs.* 20), ils mesuraient 15 centimètres de long sur 9 de large. Nous n'avons rencontré qu'une seule fois leur ramollissement.

Les organes *génitaux* ont présenté dans deux cas des lésions tout-à-fait accidentelles. Un malade (*Obs.* 19) était

atteint de blennorrhagie lorsqu'il a contracté la fièvre typhoïde. A l'autopsie, nous avons trouvé une rougeur très-intense de la muqueuse uréthrale, limitée à la fosse naviculaire. — Chez une femme (*Obs.* 2), l'utérus était le siége d'une fluxion assez intense. Cet organe était rouge, hypérémié; les ovaires et les trompes participaient à la congestion; enfin, l'ovaire gauche présentait un tout petit kyste rempli de sérosité.

Résumé.

1° Chez les malades dont nous avons pratiqué l'autopsie, tous les organes que renferment les trois cavités splanchniques étaient plus ou moins altérés. Les principales lésions ont été l'altération spéciale des follicules intestinaux, des ganglions mésentériques et de la rate, l'hypérémie des muqueuses et des principaux viscères [1].

2° Ainsi, nous avons rencontré dans les *centres nerveux*, chez quelques sujets, l'engorgement des sinus, la congestion et l'œdème des méninges, le pointillé rouge et le ramollissement de la substance cérébrale.

3° Dans les *organes des sens*, une seule fois, l'injection du conduit auditif et de l'oreille moyenne, la perforation de la membrane du tympan, et dans les cellules mastoïdiennes un mucus purulent et même sanguinolent.

4° Dans les *voies aériennes*, deux fois des ulcérations du larynx, et presque toujours une rougeur générale de la muqueuse bronchique.

[1] Il importe de remarquer que, d'après les recherches histologiques modernes, les follicules clos de l'intestin, les ganglions lymphatiques du mésentère et la rate (le plus gros ganglion de l'économie) sont des organes similaires au point de vue de leur structure et de leur fonction; on admet aujourd'hui qu'ils jouent un rôle important dans la formation et le développement du sang. (*Voir* Virchow, ouv. cit., pp. 142 et 160.)

5° Dans le *parenchyme pulmonaire,* chez quelques individus, un emphysème vésiculaire, limité au bord antérieur ; dans le plus grand nombre des cas, un engorgement assez étendu et une splénisation occupant les deux poumons à la fois ou bien l'un des deux seulement, et chez huit sujets une véritable hépatisation.

6° Dans l'*appareil circulatoire,* le ramollissement de la substance du cœur, l'absence d'organisation dans les caillots, et cet état particulier du sang qu'on a désigné sous le nom de dissolution du sang. Ces lésions, auxquelles nous ajoutons une diminution dans la proportion de la fibrine, signalée par les hématologistes modernes, se rattachent à la fièvre typhoïde. D'autres altérations, surtout celles qu'on rencontre dans le péricarde et l'hypertrophie du cœur, nous ont paru être entièrement indépendantes de la maladie que nous étudions.

7° Dans les *voies digestives,* on a constaté chez deux individus des ulcérations dans le pharynx, dans les deux tiers des cas l'injection de la muqueuse intestinale, chez presque tous les sujets l'altération des follicules isolés, et toujours la lésion spéciale des plaques de Peyer. Cette lésion a coïncidé dans tous les cas avec l'engorgement et le ramollissement des ganglions mésentériques. En même temps la rate, chez presque tous les sujets, était augmentée de volume et très-friable ; dans quelques cas le foie était hypérémié.

8° L'altération des follicules intestinaux a été surtout remarquable par sa constance, son siége et ses caractères. — Dans les plaques de Peyer, elle a offert quatre formes principales. La forme *réticulée* a été la plus constante de toutes; après elle, c'est la forme *ulcéreuse* que nous avons le plus souvent observée ; enfin, la forme *pointillée* s'est rencontrée plus rarement que la forme *gaufrée.* Ces diverses lésions, quels que fussent leur degré et leur forme étaient en général elliptiques ; elles occupaient la portion

libre de l'intestin, et elles étaient d'autant plus étendues et d'autant plus nombreuses, qu'on se rapprochait davantage de la valvule iléo-cœcale.

9° Au point de vue de leur coïncidence, il a été plus fréquent de rencontrer simultanément plusieurs de ces formes que l'une d'elles et même deux d'entre elles isolément. Il est rare que les ulcérations existent seules; le plus souvent on trouve en même temps des plaques réticulées ou gaufrées. — Avec ces ulcérations on voit fréquemment coïncider la lésion des follicules isolés. Ceux-ci ont été simplement hypertrophiés ou bien ulcérés. Chez le tiers de nos malades ces deux formes ont existé simultanément; dans les deux tiers des cas nous les avons rencontrées isolément, et alors la forme granuleuse a été la plus commune.

10° La péritonite s'est déclarée chez quelques malades; elle a été tantôt générale et tantôt limitée. — Dans tous les cas elle était consécutive. Le plus souvent elle résulte d'une perforation intestinale; mais quelquefois elle reconnaît pour cause l'extension de l'inflammation à la membrane séreuse. Cependant elle peut exister sans perforation et même sans ulcération intestinale; elle survient alors à titre de maladie accidentelle, complètement indépendante de l'affection typhoïde.

11° Dans les organes génito-urinaires, la plupart des lésions que nous avons constatées n'avaient aucun rapport avec la fièvre typhoïde; elles étaient concomitantes.

CHAPITRE II.

De la valeur des lésions anatomiques.

Nous avons décrit, en suivant l'ordre anatomique, les diverses lésions que nous avons rencontrées dans les principaux organes chez les sujets qui sont morts de fièvre

typhoïde. — Nous allons apprécier le rôle et le degré d'importance de chacune d'elles.

I. Lésions des centres nerveux.

A en juger par le trouble des fonctions du système nerveux, qui souvent l'emporte en intensité sur les désordres fonctionnels des autres appareils, quel est celui qui ne se serait pas attendu à rencontrer dans le cerveau des lésions profondes et constantes? Et cependant combien légères, combien variables et surtout combien peu caractéristiques ont été les altérations de cet organe! « Il est, dit M. Andral, peu d'organes chez les individus atteints de fièvres continues qui présentent plus de désordres fonctionnels que les centres nerveux; il en est peu cependant qui, après la mort, présentent moins de lésions appréciables par l'anatomie; et s'il est pour nous une vérité démontrée, c'est que, dans les fièvres dites essentielles, il n'y a pas de symptôme nerveux qui ne puisse se manifester sans altération appréciable du cerveau et de ses dépendances [1]. »

Cette opinion de M. Andral, que nous partageons, est justifiée par les faits. Nous avons vu sur quelques sujets les symptômes cérébraux les plus graves, tels que le délire, le coma, etc., exister sans que l'autopsie ait révélé aucun désordre matériel apparent. Dans d'autres cas, il est vrai, nous avons noté des lésions très-diverses, telles que l'engorgement des sinus, l'œdème et l'injection des méninges, le pointillé rouge de la substance cérébrale, etc. Mais ces altérations n'ont jamais été proportionnées au trouble des fonctions du système nerveux; en effet, elles se sont montrées chez les sujets qui, pendant la vie, avaient eu du délire, comme chez ceux qui n'avaient présenté aucun symptôme cérébral.

[1] Andral, Clinique médicale, T. I, p. 621.

Et d'ailleurs, quelle valeur peut-on accorder à de pareilles altérations ? On les trouve dans les maladies les plus diverses. Il résulte des travaux de M. Louis, de Chomel, de M. Andral, etc., et des nombreuses autopsies que nous avons faites ou vu faire, qu'elles se rencontrent également dans la plupart des affections aiguës, en l'absence de tout désordre nerveux; « de telle sorte que, dans les cas où l'une des altérations coïncide avec quelque trouble de l'innervation, il est raisonnable de douter qu'elle ait été la cause du désordre fonctionnel [1]. »

On le voit, les lésions anatomiques du système nerveux n'ont rien de fixe ni de bien déterminé; elles n'existent pas dans tous les cas de fièvre typhoïde, et accompagnent aussi souvent les maladies les plus diverses. Ainsi, il est permis d'affirmer encore aujourd'hui ce que M. Louis disait en 1829 : « qu'aucune lésion de l'encéphale n'est propre aux individus atteints d'affection typhoïde [2]. » Ces lésions ne présentent rien de spécial à la maladie qui nous occupe; nous ne devons leur accorder qu'une valeur secondaire.

II. Lésions de l'appareil respiratoire.

Si avec des symptômes cérébraux très-graves on voit coïncider des lésions anatomiques fort légères dans l'encéphale, il n'en est pas de même dans l'appareil respiratoire. Ici, au contraire, les désordres fonctionnels ont, en apparence, si peu de gravité, qu'ils ne correspondent pas souvent à l'intensité et à la fréquence des altérations que l'autopsie révèle dans les poumons. En effet, parfois les symptômes thoraciques sont insignifiants; ils font même

[1] Andral, T. I, p. 625.

[2] Louis, ouvrage cité, 1re édition, T. I, p. 395. — 2e édit., T. I, p. 360.

quelquefois défaut, et l'on est étonné de trouver sur le cadavre des lésions très-avancées. « Dans la fièvre typhoïde plus que dans une autre maladie, dit M. Andral, les affections les plus profondes du parenchyme pulmonaire naissent et se développent d'une manière complètement latente[1]. »

Examinons de quelle manière surviennent les lésions de l'appareil respiratoire. Si, dans la première période, on ausculte les malades, on constate le plus souvent, ainsi que nous l'avons déjà dit, une modification dans l'intensité et la durée du bruit respiratoire. Le murmure vésiculaire présente un peu de sècheresse et l'expiration est prolongée; plus tard, on trouve des râles sibilants et ronflants; il y a tous les signes d'une bronchite, et cependant bien souvent le malade ne tousse pas et n'offre aucun signe fonctionnel propre à l'hypérémie des bronches. Plus tard encore à la bronchite s'ajoute un peu de congestion du parenchyme pulmonaire, révélée par les râles sous-crépitants. Parfois le malade tousse et crache; mais bien souvent il y a absence d'expectoration et de toux. — Enfin, à une époque plus éloignée du début il peut survenir une pneumonie. « Alors, dit M. Andral, deux cas peuvent se présenter : dans l'un de ces cas, la pneumonie s'annonce par ses symptômes caractéristiques; dans l'autre cas, elle reste latente, et l'auscultation ou la percussion peuvent seules en révéler l'existence[2]. »

Le premier cas a lieu lorsque la pneumonie arrive, à titre de complication, dans le cours de la maladie ou pendant la convalescence. Dans ces conditions, les malades accusent le plus souvent du frisson, un point de côté; il y a de la toux et des crachats rouillés, etc. Ici nous trouvons une corrélation entre les symptômes et les lésions.

Dans le second cas, il ne survient pas de toux, pas de

[1] Andral, *loc. cit.*, p. 605.
[2] Id., *loc. cit.*, p. 607.

gêne de la respiration ; les crachats sont nuls ou simplement muqueux, et cependant, si l'on explore la poitrine, on constate les signes physiques de l'hépatisation. Alors la pneumonie est le plus souvent hypostatique ; elle se montre habituellement à une époque avancée de la maladie ; à cette période, les forces du malade ont diminué, les lois physiques tendent à l'emporter sur les lois vitales ; sous l'influence de la pesanteur, les liquides s'accumulent dans les parties déclives du poumon, et il en résulte une congestion passive ; mais quelquefois aussi il se développe une véritable hépatisation.

Il est des cas cependant où les symptômes bronchiques sont accentués : ainsi, dans les formes pectorales de la fièvre typhoïde, les accidents thoraciques sont tellement prédominants, qu'il faut un examen minutieux pour reconnaître sous un pareil masque une fièvre typhoïde. Il existe, dans ces faits, une corrélation entre les symptômes thoraciques et la lésion pulmonaire.

Il est bon de noter aussi que, dans d'autres cas, rares à la vérité, on observe un trouble notable de la respiration sans lésion anatomique appréciable. La respiration est très-gênée, et cependant l'exploration physique ne révèle qu'une faible lésion, et quelquefois même elle ne fait rien découvrir : c'est ce qui a eu lieu chez un de nos malades (*Obs.* 31) ; alors il faut admettre évidemment un trouble dans l'innervation des organes qui président à la respiration.

Mais quelle valeur faut-il accorder aux diverses lésions thoraciques dans la fièvre typhoïde ? Malgré la constance de quelques-unes de ces altérations, on peut dire que les poumons des individus emportés par cette affection ne présentent aucune lésion spéciale. D'après les recherches de M. Louis, la rougeur des bronches, la congestion pulmonaire, la splénisation, l'hépatisation, les lésions des plèvres se rencontrent à peu près dans la même proportion chez des

sujets qui succombent à toute autre maladie aiguë. Il en conclut que l'appareil pulmonaire n'offre rien d'où l'on puisse tirer un caractère anatomique même secondaire de l'affection typhoïde.

Ainsi, quoiqu'elles soient plus fréquentes que les altérations cérébrales, ces lésions ne sont pas spéciales à la fièvre typhoïde. Nous ne pouvons, par conséquent, leur donner qu'une valeur secondaire.

III. Lésions du système circulatoire.

Ce n'est pas non plus dans l'appareil circulatoire que nous trouvons des lésions spéciales et caractéristiques. Sans parler des altérations du péricarde qui se voient dans beaucoup de maladies, et de l'augmentation du volume du cœur, qui constituaient, dans les cas que nous avons observés, une lésion tout-à-fait indépendante de la fièvre typhoïde, peut-on regarder comme particulières à la maladie qui nous occupe le ramollissement de la substance du cœur et la rougeur de l'endocarde? De l'aveu de tous les observateurs, ces lésions ne sont pas constantes, et on les trouve dans beaucoup d'autres maladies.

Il en est de même des lésions du sang. Les recherches chimiques n'ont encore révélé aucune altération de ce liquide qui soit spéciale à la fièvre typhoïde.

D'après Forget, les altérations apparentes du sang, lorsqu'elles existent, sont purement accidentelles et dues à des circonstances le plus souvent inappréciables [1]. Ce professeur semble même les nier; après s'être livré à des recherches cliniques sur les altérations apparentes du sang, il conclut que l'altération primitive et même secondaire de ce liquide dans la fièvre typhoïde, en tant que phénomène

[1] Forget, *loc. cit.*, p. 509.

général appréciable, reste encore à démontrer, si elle n'est démontrée fausse[1].

La défibrination du sang a-t-elle une importance plus grande? Les hématologistes modernes sont loin d'accorder à cette altération plus de valeur qu'elle ne mérite. Ainsi, MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier[2] reconnaissent qu'elle ne présente aucun caractère tranché et constant. Il est démontré que la défibrination du sang n'existe pas dans tous les cas de fièvre typhoïde. — D'ailleurs, on sait que cette altération n'est pas particulière à la maladie qui nous occupe. On la rencontre dans la plupart des pyrexies: typhus, fièvre jaune, fièvre bilieuse, variole, scarlatine, rougeole, etc., et dans certaines intoxications graves, telles que le charbon, la pustule maligne, la morve, le farcin, l'infection purulente[3].

Quel est le rôle de l'altération du sang dans la fièvre typhoïde?

Il n'est plus permis aujourd'hui de regarder la fièvre typhoïde comme la conséquence des altérations du sang. Forget, après s'être livré à une longue discussion historique et clinique, reste convaincu: « qu'en se basant sur les apparences du sang pour considérer l'affection typhoïde comme un produit des altérations de ce liquide, les auteurs ont été dupes de leurs idées préconçues ou d'observations superficielles[4]. »

Et d'abord, si l'altération du sang était la cause de la fièvre typhoïde, cette altération devrait être constante. Or, nous avons vu que les hématologistes eux-mêmes refusent d'admettre cette constance. De plus, nous avons déjà dit

[1] Forget, *loc. cit.*, p. 509.
[2] Becquerel et Rodier, Gazette médicale, 1844, p. 185.
[3] Jaccoud, De l'humorisme ancien comparé à l'humorisme moderne. Paris, 1863, p. 78.
[4] Forget, *loc. cit.*, p. 509.

que M. Andral n'a pas trouvé la défibrination dès le début de la fièvre typhoïde : cette altération n'a été constatée que dans les périodes ultérieures de la maladie. Il n'a vu dans les premiers jours qu'une diminution relative, parce que les globules sont souvent augmentés en nombre. « En résumé, dit M. Andral, une diminution de la fibrine d'autant plus marquée et d'autant plus considérable que la fièvre typhoïde a elle-même plus de gravité. Voilà le trait caractéristique de l'altération du sang dans cette maladie, d'où se déduit, comme autre trait, un excès de globules par rapport à la fibrine ; mais, dans les premiers temps, il n'y a en réalité (et cela même pas toujours) qu'excès de globules, et la fibrine n'est alors en moins que par rapport à eux [1]. »

Mais cette défibrination n'est pour M. Andral qu'un effet. « Lors donc qu'on constate, dit-il, dans certaines formes de fièvre typhoïde l'altération du sang qui consiste dans la tendance à la destruction de sa matière spontanément coagulable, on n'atteint pas plus à la véritable cause de la maladie qu'on ne l'atteint en étudiant les altérations dont les membranes tégumentaires sont alors le siége [2]. » M. le docteur E. Barthez regarde aussi ces altérations comme une conséquence de l'affection et non comme son point de départ [3].

La physiologie elle-même repousse la spontanéité des altérations du sang. En effet, elle nous enseigne que ce liquide est dans un état de renouvellement constant ; que les causes de ce renouvellement résident, non pas en lui, mais dans l'universalité des organes avec lesquels il est en rap-

[1] Mémoire de 1840. Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang dans les maladies, par MM. Andral et Gavarret, p. 284.

[2] Andral, Essai d'hématologie pathologique, p. 68.

[3] Barthez, Thèse de concours. Montpellier, 1848, p. 17.

port. Elle nous apprend encore que la fibrine reconnaît trois origines différentes : la conversion de l'albumine en fibrine dans le sang, origine qui reste encore hypothétique ; les métamorphoses de la nutrition intime des tissus, et une formation directe dans les ganglions lymphatiques. Si donc ce n'est pas le sang qui fait sa fibrine, s'il n'en est que le dépositaire, si tous ses éléments lui viennent du dehors, il est infiniment probable qu'il ne peut pas être le siége d'altérations primitives [1].

D'ailleurs, lorsqu'on sait quelle est l'évolution des lésions intestinales dans la fièvre typhoïde, on s'explique pourquoi la diminution de fibrine n'a pas lieu dans les premiers temps de la maladie. « Au début, dit M. le docteur Jaccoud, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris, l'altération du sang fait défaut, parce qu'aucun des organes qui concourent à la formation de ce liquide n'est profondément altéré; mais, quelques jours se passent, et voilà que les glandes de Peyer, les follicules intestinaux, les ganglions mésentériques et la rate sont gravement atteints ; or, ces organes sont une des fractions de l'appareil hématopoiétique, et leur lésion ne tarde pas à déterminer dans le sang des modifications non douteuses. Alors aussi, et comme pour démontrer mathématiquement l'influence qui revient à l'appareil lymphatique dans la production de cette altération humorale, apparaît une leucocytose dont la durée égale celle de la maladie elle-même [2]. » — Ainsi, la physiologie est d'accord avec les faits ; elle nous montre que l'altération du sang est consécutive.

IV. Lésions de l'intestin et des autres organes que renferme la cavité abdominale.

Toutes les lésions anatomiques que nous avons rencontrées

[1] Jaccoud, *loc. cit.*, p. 133.
[2] Id., *loc. cit.*, p. 140.

dans la cavité abdominale n'ont pas le même degré d'importance. Parmi elles, il en est quelques-unes qui ont très-peu de valeur ; ce sont celles qui n'ont été observées que chez un petit nombre de sujets: nous voulons parler de la rougeur de l'estomac et de la muqueuse intestinale, de l'hypérémie du foie et des reins. L'absence de ces lésions dans un grand nombre de cas ne permet de leur accorder qu'une importance très-secondaire. D'ailleurs, ces lésions s'observent aussi souvent dans les maladies différentes. C'est ce qu'ont démontré les belles recherches de M. Louis.

Il est d'autres altérations qui ont une valeur bien plus grande ; elles ont été constantes : ainsi, les lésions de l'intestin, des ganglions mésentériques et de la rate ont été observées dans tous les cas. Cependant toutes ces lésions ne sont pas caractéristiques au même titre. Quelques-unes ont une valeur absolue, elles sont spéciales à la fièvre typhoïde ; d'autres n'ont qu'une valeur relative ; elles manquent dans quelques cas et peuvent se rencontrer dans d'autres maladies. Examinons le degré d'importance de chacune d'elles.

L'altération de la *rate* n'a manqué qu'une fois sur vingt-neuf autopsies ; mais le malade, dans ce cas exceptionnel, avait succombé le 52e jour ; il est probable que cet organe, déjà altéré, avait repris, à cette époque, le volume et la consistance de l'état normal. Une telle fréquence donne à cette lésion une grande valeur.

Elle se rencontre, il est vrai, dans d'autres maladies aiguës ; on sait que les affections paludéennes s'accompagnent habituellement d'un engorgement splénique. C'est une notion vulgaire à Montpellier où les maladies à quinquina sont si communes. Chez les nombreux sujets qui ont présenté des fièvres intermittentes dans le service de la clinique médicale, nous avons constaté toujours cette lésion. L'augmentation de volume de la rate et son degré de ramollisse-

ment ont été surtout considérables dans les cas de cachexie paludéenne. Chez les individus qui ont succombé à cette maladie, nous avons toujours trouvé la rate très-développée et très-molle. Dans quelques cas, elle avait acquis un volume énorme, et son tissu était réduit en une pulpe noirâtre, excessivement friable.

Mais il faut reconnaître, qu'à l'exception des fièvres intermittentes, il n'est aucune maladie qui présente cette lésion d'une manière aussi marquée et aussi fréquente. Ainsi, bien qu'elle ne constitue pas un signe pathognomonique de la fièvre typhoïde, elle n'en a pas moins une grande valeur. Toutefois son importance n'égale pas celle des lésions qui résident dans l'intestin et dans les ganglions mésentériques.

L'altération des *ganglions mésentériques* a, dans la fièvre typhoïde, une très-grande valeur. Chez les sujets que nous avons autopsiés, cette lésion a été constante. De plus, au degré où elle a existé, elle paraît spéciale à cette affection. Il résulte des travaux de M. Louis que, dans aucun cas de maladie aiguë, l'altération de ces glandes n'est comparable à celle qu'elles présentent dans la seconde moitié du mésentère à la suite de l'affection typhoïde. On rencontre dans la phthisie la dégénérescence tuberculeuse des glandes lymphatiques du mésentère; mais, dans cette maladie, la lésion des ganglions est beaucoup moins fréquente que dans la fièvre typhoïde ; M. Louis l'a constatée seulement sur le quart des sujets, qui, tous, avaient des ulcères dans les intestins [1].

On doit conclure, avec cet observateur, « que le ramollissement et l'augmentation de volume des glandes mésentériques, à un degré un peu remarquable, sont propres aux sujets atteints d'affection typhoïde ; que bien que cette lésion soit consécutive à celle de plaques elliptiques de l'intestin grêle, elle n'en est pas moins, au degré dont il s'agit, un

[1] Louis, Recherches sur la phthisie, p. 107.

caractère anatomique presque aussi important que l'ulcération et l'inflammation des plaques elles-mêmes [1]. »

La *lésion intestinale* a existé chez tous les malades dont nous avons fait l'autopsie. Mais cette lésion a présenté des caractères variés : tantôt elle siégeait dans les follicules isolés et tantôt dans les plaques de Peyer; de plus, dans ces deux espèces de glandes, elle a offert encore des différences.

Il résulte de nos propres observations, que chacune de ces altérations, au point de vue de la fréquence, n'a pas le même degré d'importance : ainsi, les lésions du gros intestin n'ont pas une valeur aussi grande que celle de l'iléon. Dans ce dernier cas, l'altération des follicules isolés est moins caractéristique que celle des glandes de Peyer ; enfin, parmi les lésions des plaques, les formes gaufrée et ulcéreuse sont de toutes les plus importantes.

Le gros intestin était altéré chez vingt-deux sujets, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas. Cette lésion, constituée par l'hypertrophie des follicules isolés et leur ulcération, n'a qu'une valeur relative. On la rencontre souvent dans d'autres maladies : le choléra, la scarlatine, la dysenterie, la phthisie.

Dans l'iléon, les lésions des glandes isolées n'ont été observées que chez vingt-un malades. Cette altération n'est donc pas constante, et, de plus, on l'observe dans la variole, la scarlatine, le choléra. Sa valeur dans la fièvre typhoïde n'est que secondaire.

Les plaques de Peyer ont été constatées dans tous les cas. Non-seulement cette altération a été constante, mais encore elle a offert un siége spécial ; on l'a rencontrée toujours à l'opposite de l'insertion du mésentère, et elle était d'autant plus prononcée, qu'on se rapprochait de la valvule iléo-cœcale. Cette lésion a une plus grande importance que

[1] Louis, T. I, p. 257.

toutes les autres; elle est spéciale à la fièvre typhoïde. « Les plaques elliptiques de l'intestin grêle, dit M Louis, n'ayant offert l'altération que chez les sujets morts de l'affection qui fait l'objet principal de ces recherches, cette altération ayant été constante, ordinairement très-grave, toujours développée suivant la même loi, que la mort soit arrivée après huit jours de maladie ou après un intervalle de temps beaucoup plus considérable, et, dans quelques cas, pour ainsi dire la seule lésion, il faut non-seulement la considérer comme *propre à l'affection typhoïde, mais comme en formant le caractère anatomique*, ainsi que les tubercules forment celui de la phthisie, quelle que soit d'ailleurs la cause qui ait excité leur développement [1].»

Tous les auteurs n'accordent pas à ces lésions la même valeur. Quelques-uns prétendent qu'elles ne sont pas constantes, et qu'elles se rencontrent également dans d'autres maladies. Ces questions sont trop importantes pour ne pas nous arrêter un moment.

I. *Les lésions intestinales sont-elles constantes?* — Examinons si l'altération intestinale est constante, et si, à ce titre, elle peut être considérée comme un signe pathognomonique de la fièvre typhoïde. Pour résoudre cette quèstion, nous resterons, autant que possible, dans le domaine des faits. Après avoir apprécié la valeur des observations qui sont rapportées par les auteurs et dans lesquelles les lésions de l'intestin ont manqué, nous jetterons un regard sur les autres maladies, et nous verrons ce que l'analogie nous permet d'admettre.

Et d'abord, que nous apprennent les faits?

Chomel a toujours constaté la lésion intestinale chez les sujets qui ont succombé à la fièvre typhoïde. « L'inflammation folliculeuse des intestins, dit-il, est tellement fré-

[1] Louis, *loc. cit.*, T. Ier, p. 199.

quente chez les sujets qui succombent à la maladie qui nous occupe, que depuis cinq ans nous n'avons pas rencontré un seul fait exceptionnel [1]. »

Pour M. Louis, la lésion de l'intestin grêle, des ganglions mésentériques et de la rate, a lieu dans tous les cas d'affection typhoïde ; elle en est inséparable. Cet auteur est tellement convaincu de la constance de ces altérations, qu'il dit : « Si l'on venait un jour à observer un fait dans lequel tous les symptômes actuellement connus de la fièvre typhoïde existeraient sans que les plaques de Peyer fussent altérées, je ne placerais pas ce fait parmi ceux de fièvre typhoïde [2]. » Si nous citons ces paroles de M. Louis, ce n'est pas que nous partagions sa manière de voir. Nous avons voulu montrer quelle était sa conviction à propos de la fréquence de la lésion intestinale. Nous croyons comme lui à la constance de cette altération, démontrée d'ailleurs par le nombre immense de faits qui ont été publiés depuis les recherches de cet observateur, c'est-à-dire depuis trente-cinq ans environ. Mais, convaincu que nous sommes de la contingence des phénomènes vitaux, nous pensons qu'il peut y avoir quelques exceptions. Aussi nous ne pouvons pas admettre les conclusions de cet auteur : elles nous paraissent aller plus loin que ne le comporte l'observation. Si, dans un fait, tous les symptômes sont ceux de la fièvre typhoïde, si, en même temps, les conditions étiologiques militent en faveur de cette maladie, on ne doit pas hésiter à admettre un pareil diagnostic, bien que la lésion fasse défaut. Nous en donnerons plus loin la raison.

A Montpellier, la constance de l'altération intestinale ne se dément pas. M. le professeur Combal [3] et M. le

[1] Chomel, *loc. cit.*, p. 528.
[2] Louis, *loc. cit.*, T. II, p. 316.
[3] Combal, *loc. cit.*, p. 13 et 85.

docteur Barre [1], dont l'autorité est grande en pareille matière, déclarent ne l'avoir jamais vu manquer. M. le docteur Ressiguier l'a également observée dans tous les cas [2]. M. le docteur Girbal dit qu'il a presque toujours rencontré l'altération des plaques elliptiques; néanmoins, il est disposé à admettre la constance de ces lésions, puisque dans les cas fort rares où il ne les a pas trouvées, il se demande s'il n'avait pas eu plutôt affaire à une fièvre rémittente pernicieuse simulant la fièvre typhoïde, ou à toute autre fièvre, notamment la bilieuse [3].

Les résultats auxquels nous sommes arrivé ne diffèrent pas de ceux qui ont été obtenus par ces observateurs. Dans les nombreuses autopsies qui ont été faites par nous ou par d'autres en notre présence pendant huit années consécutives, nous avons toujours constaté les lésions intestinales.

Cependant ces altérations ne se rencontrent pas dans tous les cas. Tout en mentionnant leur extrême fréquence dans la fièvre typhoïde, quelques auteurs avouent qu'elles peuvent faire défaut. Chomel reconnaît que, « dans quelques cas, fort rares à la vérité, mais d'une authenticité que personne ne contestera, cette lésion a complètement manqué [4]. » M. Andral pense aussi que cette altération n'est pas constante. « Dans les pyrexies, dit-il, qui constituent les divers groupes morbides désignés dans la Nosographie de Pinel sous le nom de fièvre essentielle, on ne trouve pas constamment après la mort des lésions dans le tube digestif [5]. »

Depuis qu'on s'occupe de cette question, on a cité plusieurs

[1] Leçon clinique du 25 octobre 1855.
[2] Ressiguier, Compte-rendu, 1848, p. 61.
[3] Coup-d'œil sur la pyrétologie. Montpellier, 1865, p. 89.
[4] Chomel, *loc. cit.*, p. 529.
[5] Andral, *loc. cit.*, T. I, p. 496.

faits de fièvre typhoïde sans lésions intestinales : ainsi, les principaux exemples qu'on a l'habitude de rapporter sont fournis par MM. Andral (*Obs.* 63, 64 et 65), Louis (*Obs.* 50, 51 et 52), Bouillaud (*Obs.* 1re), Gaultier de Claubry, Lombard de Genève, Martinet, Grisolle.

A Montpellier, des faits semblables ont été publiés par MM. Bourrely et Girbal (*Obs.* 35), professeurs-agrégés à la Faculté.

Nous avons lu attentivement toutes ces observations, et nous demeurons convaincu que les cas de fièvre typhoïde sans lésions intestinales sont très-exceptionnels. En effet, parmi les exemples que nous venons de mentionner, il en est trois à peine qui méritent d'être conservés : ce sont, les observations 65 de M. Andral et 52 de M. Louis, et celle de M. Grisolle ; elles nous paraissent concluantes ; toutes les autres ont très-peu de valeur.

Parmi ces dernières, les unes doivent être rejetées comme ne se rapportant pas à des cas de fièvre typhoïde. Elles ne présentent aucun des principaux traits de cette maladie. Ainsi, les observations 63 et 64 de M. Andral, de l'aveu de cet auteur lui-même, « n'ont plus la physionomie de celles qui ont été désignées par MM. Chomel et Louis sous le nom de fièvres typhoïdes [1]. »

Les observations 50 et 51 de M. Louis sont des cas d'érysipèle s'accompagnant de ce cortége de symptômes auxquels on a donné le nom d'état typhoïde, et qui se rencontrent dans des maladies très-diverses. M. Louis, lui-même, repousse dans ces deux cas l'idée de fièvre typhoïde. En effet, d'après lui, « plusieurs des symptômes les plus ordinaires de l'affection typhoïde manquaient. Il n'y eut ni diarrhée, ni douleurs du ventre au début, ni taches rosées lenticulaires, ni sudamina, ni épistaxis [2]. » En outre, le deuxième

[1] Andral, *loc. cit.*, T. I, p. 515.
[2] Louis, *loc. cit.*, T. II, p. 300.

de ces malades était à Paris depuis long-temps et d'un âge auquel la fièvre typhoïde est rare.

Dans l'observation de M. Bouillaud [1], il s'agit d'un vieillard de 79 ans, qui mourut le 20e jour de sa maladie, après avoir offert des symptômes se rattachant à une altération méningo-encéphalique (céphalalgie, vomissement, constipation, état comateux, cris plaintifs, contracture des membres, déviation de la bouche, etc.). Dans ce fait, on ne trouve aucun des principaux symptômes de la fièvre typhoïde. L'autopsie ne révéla aucune lésion de l'intestin; mais les méninges présentaient des traces d'inflammation; l'arachnoïde était très-injectée, épaisse, légèrement opaque et laiteuse; la cavité formée par cette membrane et les ventricules du cerveau renfermaient une grande quantité de sérosité rouge; la substance cérébrale était un peu molle. Cette observation ne peut donc pas être conservée parmi les cas de fièvre typhoïde.

Le fait qui est rapporté dans la thèse de M. Girbal [2] n'offre aucun des symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde. L'absence de ces symptômes et de la lésion intestinale démontre assez que le malade était atteint de tout autre affection. D'ailleurs, ceux qui ont cité, après M. Girbal, cette observation comme un exemple de fièvre typhoïde sans lésion intestinale, auraient dû se rappeler qu'elle a été publiée par l'auteur sous le nom de : *Fièvre catarrhale gastrique avec état adynamique*. Puisque ce n'était pas une fièvre typhoïde, quoi d'étonnant que la lésion intestinale ait manqué !

Les autres observations, qu'on invoque à tort comme des preuves de l'existence des fièvres typhoïdes sans lésion

[1] Bouillaud, Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles. Paris, 1826, p. 19.

[2] Girbal, Étude anatomo-pathologique sur les fièvres graves, dites typhoïdes, p. 65, 1851.

de l'intestin, ont offert quelques-uns des traits de la fièvre typhoïde. Mais, à notre avis, ces faits ne prouvent rien et doivent être regardés comme non avenus.

Dans l'observation de Martinet, il est question d'un jeune garçon, de 15 ans, qui fut conduit à l'Hôtel-Dieu le 21e jour de sa maladie et qui ne fut observé que pendant les quatre jours qui précédèrent la mort. Il présenta quelques symptômes adynamiques (affaissement, assoupissement, rêvasseries, fuliginosité des lèvres), coïncidant avec un ictère très-prononcé, un pouls rare (51 pulsations), de l'œdème aux pieds et de la constipation. En même temps, la sensibilité était diminuée, les yeux fermés, la pupille dilatée, immobile, la paupière droite et les membres paralysés. Il n'y eut ni céphalalgie, ni épistaxis, ni taches rosées. A l'autopsie, on constata l'absence de la lésion intestinale, l'engorgement ganglionnaire du mésentère et une altération particulière du foie. Cet organe, «d'un tiers moins volumineux qu'à l'ordinaire et dans un état de ramollissement considérable, se laissait pénétrer par le doigt avec la plus grande facilité et se réduisait à une espèce de pulpe. Son tissu ne pouvait mieux être comparé qu'à celui de la rate, et sa couleur à celle de la rhubarbe, qu'il imitait parfaitement par le mélange des stries rougeâtres que l'on remarquait dans son parenchyme, qui, du reste, était entièrement jaune [1].» Martinet, frappé de cette lésion, publia ce fait sous le titre suivant : *Observation sur une altération particulière du foie.* Il était loin de se douter que cette observation serait citée plus tard comme un cas de fièvre typhoïde sans lésion intestinale. On ne peut pas admettre sérieusement un pareil diagnostic. Le malade ne fut pas suffisamment observé. D'ailleurs, il présenta un certain nombre de symptômes étrangers à la fièvre typhoïde,

[1] Martinet, Bibliothèque médicale. Paris, 1819, T. LXVI, p. 350.

et, de plus, on vit manquer la plupart de ceux qui sont regardés par tout le monde comme les plus importants pour la détermination de cette maladie. Bien qu'il y ait eu quelques symptômes adynamiques, ce n'est pas là la fièvre typhoïde telle que nous la comprenons.

M. Gaultier de Claubry a publié, dans les *Archives de médecine* [1], une observation qu'il est impossible de regarder comme un cas de fièvre typhoïde sans lésion intestinale. Un jeune homme de 19 ans, soumis, il est vrai, à des conditions étiologiques qui favorisent souvent le développement de cette maladie, présente des lipothymies, une réaction fébrile des plus violentes, une phlogose palato-pharyngienne, le gonflement et la rougeur des amygdales, de l'agitation, du délire, la brièveté des réponses, etc.; il meurt au 4e jour de sa maladie, et l'autopsie révèle un ramollissement de tous les tissus porté au plus haut degré. A part quelques phénomènes ataxiques, il n'y a, dans la symptomatologie, rien qui rappelle la fièvre typhoïde. M. Gaultier de Claubry, après avoir observé soigneusement ce malade, hésite dans son diagnostic; il émet l'idée d'un typhus suraigu, mais il rejette bientôt cette opinion. On ne saurait voir là un cas de fièvre typhoïde.

Il nous a été impossible de lire l'observation de Lombard de Genève. Il paraît que la mort eut lieu le 4e jour; nous nous demandons si, à cette époque, le diagnostic était assez bien établi pour affirmer qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde. Nous ne tenons donc pas compte de ce cas [2].

Dans le fait de M. le docteur Bourrely [3], doit-on

[1] Arch. gén. de méd., T. XXIV, p. 232, 1850.

[2] IXe session du congrès, T. I, p. 257.

[3] Bourrely, Compte-rendu des principaux faits observés à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Éloi. Montpellier, 1849, p. 32. — Il s'agit d'un militaire nommé Dhelle (Alfred), sapeur au 2e Génie, âgé de 20 ans, et couché au No 16 de la salle Saint-Lazare.

s'étonner qu'à l'autopsie, on n'ait trouvé aucune lésion de l'intestin, quoique ce militaire eût offert les traits les mieux dessinés de la fièvre typhoïde ? Nullement. Ce jeune homme mourut 75 jours après le début de sa maladie ; il était convalescent depuis 50 jours environ ; il se levait, se promenait dans la salle, lorsqu'une forte diarrhée, provoquée par un écart de régime, l'emporta dans quelques jours. M. Bourrely fait observer qu'on ne trouva dans l'intestin grêle aucune trace d'ulcération, de cicatrice même du côté des follicules agminés de Peyer, et que les ganglions mésentériques étaient sains. Il nous semble qu'après 50 jours de guérison, il devait en être ainsi ; probablement les plaques n'avaient pas été ulcérées ; elles étaient simplement épaissies, et leur résolution avait eu le temps de s'opérer. Quelque intéressante que soit, d'ailleurs, cette observation, on ne peut pas l'invoquer comme un exemple positif de l'absence de la lésion intestinale dans la fièvre typhoïde.

Il ne reste donc, comme preuves de l'existence d'une fièvre typhoïde sans lésion intestinale, que trois observations dues à M. Andral (*Obs.* 65), à M. Louis (*Obs.* 52) et à M. Grisolle. Dans le fait de M. Andral (*Obs.* 65), les symptômes et la marche de la maladie paraissent se rapporter à l'affection typhoïde. On trouva chez ce malade les épistaxis, la diarrhée, le ballonnement du

En lisant l'observation de M. Bourrely, nous fûmes frappé du silence qu'il garde sur la date de la mort. Dans les faits qui peuvent servir à élucider des questions en litige, on ne saurait être trop précis. Pour que cette observation eût une valeur quelconque, il était donc important de savoir si la mort avait eu lieu à une époque rapprochée du début. Les registres de Saint-Éloi que nous avons consultés, nous ont appris que ce militaire, tombé malade le 2 octobre 1848 et entré dans les salles le 8 octobre, avait succombé le 15 décembre, après être resté 68 jours dans les salles.

ventre, la douleur dans la région de la rate, la prostration, le délire et la fuliginosité des dents. De plus, l'âge du sujet (19 ans), son arrivée récente à Paris, sont des circonstances étiologiques favorables à l'idée d'une fièvre typhoïde. Nous ferons observer, toutefois, qu'il n'y a pas eu absence complète de lésion; on trouva à l'autopsie quelques follicules isolés saillants et pâles, et cinq plaques piquetées de noir. Le malade séjourna 25 jours à la maison royale de santé. Le début de la maladie ne put pas être déterminé d'une manière exacte, nous le regrettons beaucoup. Il eût été bon de montrer qu'à l'époque de la mort, les lésions intestinales n'étaient pas déjà en voie de résolution.

Dans la troisième observation de M. Louis (*Obs.* 52), tous les symptômes se rapportaient si bien à la fièvre typhoïde, qu'on devait nécessairement s'attendre à trouver dans l'intestin la lésion des follicules agminés; cependant ceux-ci furent parfaitement sains. Le sujet, âgé de 14 ans, mourut le 55e jour. On pourrait se demander si, au moment de la mort, la lésion intestinale n'avait pas déjà disparu. Mais ce n'est là qu'une probabilité qui ne saurait nous suffire, et ce fait doit être ajouté à celui de M. Andral.

Le seul cas qui ne permette pas de doute est celui que rapporte M. Grisolle [1] : c'est là l'observation la plus importante pour la solution de la question qui nous occupe. Il s'agit d'un homme de 22 ans qui, en 1835, succomba à l'Hôtel-Dieu, dans la salle de Caillard, au 27e jour d'une fièvre continue, et qui, ayant offert pendant la vie tous les symptômes des fièvres typhoïdes graves : céphalalgie intense, mais sans épistaxis, vertiges, prostration, insomnie, rêvasseries, surdité, délire, langue aride, fuliginosité de la bouche, diarrhée, météorisme, râle sibilant, sudamina

[1] Grisolle, Traité de pathologie interne, 8e édit. Paris, 1862, p. 61.

nombreux, quelques taches rosées, gangrène du sacrum, de la verge et des bourses, ne présenta cependant, à l'autopsie, aucune lésion caractéristique des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques; la rate seule était diffluente et avait un volume plus considérable.

Il résulte de ces considérations critiques et cliniques que les faits de fièvre typhoïde sans lésion intestinale doivent être admis, mais qu'ils sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit.

Valleix faisait remarquer, en 1839, que depuis dix ans, malgré le nombre immense de cas d'affection typhoïde dans lesquels on avait pu constater l'état de l'intestin, on n'avait pas entendu parler de nouveaux faits exceptionnels [1]; et, depuis l'époque où Valleix émettait une telle assertion, ce petit nombre d'observations ne ses pas beaucoup accru. C'est que de nos jours, comme le disait Valleix, les praticiens ont appris à mieux distinguer l'affection typhoïde de toutes les autres maladies fébriles, et de là vient sans doute que la constance de ces lésions ne se dément plus comme autrefois [2].

Ainsi, tout en admettant les faits de fièvre typhoïde sans lésion intestinale, nous pensons qu'il faut les considérer comme des cas très-exceptionnels. L'observation démontre que, si ces lésions ne sont pas constantes, elles sont du moins tellement fréquentes, que l'exception confirme la règle. Mais c'est là, convenons-en, une exception dont la valeur et la signification ne doivent pas être méconnues.

M. Louis, avons-nous dit, croit tellement à la constance des lésions intestinales, qu'il ne veut pas regarder comme des fièvres typhoïdes légitimes les observations où la lésion

[1] Valleix, Considérations sur la fièvre typhoïde, et principalement sur la détermination de ses caractères anatomiques essentiels. — Archives générales de méd., 3e série, T. IV, 1839, p. 82.

[2] Valleix, *loc. cit.*, même page.

a manqué. Il aime mieux avouer que, dans ces cas, il y a eu erreur de diagnostic, et admettre une fièvre typhoïde *simulée*. Mais cette opinion ne saurait prévaloir. En effet, dans les cas où la lésion manque, qu'arrive-t-il? Les symptômes étant bien dessinés, on pense, du vivant du malade, qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde; le malade meurt, l'autopsie ne révèle pas de lésion intestinale, dès-lors les symptômes n'ont plus de valeur ; on admet qu'on s'est trompé et qu'on a eu affaire à une fièvre typhoïde simulée. Il en résulte que, dans ces cas, le diagnostic n'est possible qu'après l'autopsie; et l'on se demande de quelle utilité il peut être alors.

Le docteur Dalmas a fait à M. Louis une objection qui nous paraît très-sérieuse et que nous allons reproduire. « Pour nous, dit Dalmas[1], ce sont des affections typhoïdes très-légitimes. La grande raison de M. Louis, c'est que les glandes de Peyer étaient saines; mais, à notre avis, il argue de ce qui est en question. Vous vous proposez d'examiner si dans le groupe de symptômes appelés fièvre typhoïde, etc., il y a une lésion constante, et lorsque la lésion qui s'est rencontrée le plus souvent vient à manquer, au lieu d'en tirer la conclusion qu'elle n'est pas constante, vous en déduisez qu'il ne s'agissait pas alors de fièvre typhoïde, et cela parce que ce que vous appelez l'altération caractéristique manquait. Mais la question est précisément de savoir si cette altération est caractéristique ou ne l'est pas. » M. Chomel repousse également l'idée de fièvre typhoïde simulée. « L'absence de la lésion, dit-il, doit-elle suffire pour enlever à la maladie son caractère, et en faire une affection indéterminée qui différera de toutes les maladies renfermées dans les cadres nosologiques, et sera semblable

[1] Dalmas, Analyse de l'ouvrage de M. Louis sur la fièvre typhoïde, insérée dans le Journal hebdomadaire de médecine. Paris, 1828, T. Ier, p. 598.

en tous points, un seul excepté, à la fièvre typhoïde? Je ne le pense pas; et quelque grave que soit pour moi l'opinion de M. Louis, je ne puis pas la partager sur ce point [1]. »

Nous voilà amené à admettre des fièvres typhoïdes sans lésion intestinale. Y a-t-il dans ces faits quelque chose de si extraordinaire qu'il répugne à notre raison de les accepter? N'est-on pas conduit à reconnaître l'existence de ces anomalies, par l'étude d'autres faits analogues que l'observation nous montre plus souvent? Pénétrons pour un moment sur le terrain de la pathologie générale, et interrogeons ce qui se passe dans d'autres maladies.

« La question de la fièvre typhoïde, dit le docteur Andrieu, ne doit pas être envisagée d'une manière isolée. Les faits individuels relèvent des faits généraux; on peut légitimement descendre des seconds aux premiers, si la synthèse qu'ils représentent a été acquise par une analogie rigoureuse. Donc, les notions de la pathologie générale et la comparaison des faits analogues doivent nous aider puissamment à résoudre la question de savoir si la lésion intestinale est constante dans la fièvre typhoïde, et si elle constitue un caractère essentiel de cette maladie, à tel point que ce caractère, venant à manquer, des symptômes identiques n'aient plus la même signification et ne méritent plus le même nom [2]. »

En général, les affections les mieux caractérisées, et surtout celles qui sont spécifiques, se traduisent par un cortége de symptômes et par un groupe de lésions qu'on peut regarder comme des signes pathognomoniques de ces affections. Nous citerons comme exemples les fièvres éruptives, la vaccine, la fièvre jaune, etc. Mais si ce principe est vrai d'une manière générale, il n'est pas rare de ren-

[1] Louis, *loc. cit.*, p. 529.

[2] Andrieu, De la fièvre typhoïde, mémoire, *in* Gazette méd. de Montpellier, 1845. — 6e année, p. 1 et suiv.

contrer des exceptions dans les faits particuliers. « En effet, dit M. Andrieu, la maladie la plus distincte par sa physionomie spéciale, par sa nature spécifique, peut, pour diverses raisons, ne pas manifester certains symptômes qui la caractérisent essentiellement dans sa forme appréciable et anatomique, et néanmoins cette maladie tronquée existe, et surtout est la même par la nature de l'affection qui seule est immutable en tant que modification essentielle et primordiale de l'organisme vivant. » Ainsi, on voit des varioles, des rougeoles, des scarlatines, des suettes sans éruption, des fièvres vaccinales sans pustules de vaccin, des fièvres jaunes sans vomissement, etc. Parmi les causes qui peuvent expliquer l'absence d'un ou de plusieurs symptômes dans une maladie, le docteur Andrieu en signale quatre principales. Ainsi, ces phénomènes, ordinairement caractéristiques, peuvent manquer :

1° Parce que la perturbation est trop profonde, la mort trop prompte pour qu'ils aient le temps de se manifester ;

2° Parce que des idiosyncrasies, des constitutions individuelles inexplicables n'ont pas été favorables à leur développement, bien que la maladie dure un temps suffisamment long, et que les forces du sujet soient suffisamment conservées ;

3° Parce que des circonstances pathologiques accidentelles ont contrarié leur évolution ;

4° Parce qu'enfin, dans les corps organisés vivants, il n'y a point de manifestation qui puisse être déterminée d'une manière nécessaire.

Sydenham, dont le nom s'attache avec tant d'éclat à l'histoire de la variole, observa, en 1667, des épidémies où l'on rencontrait tous les symptômes de la variole excepté l'éruption. Boërhaave reconnut l'existence de ces anomalies; il admet même que ces cas étaient plus fréquents. Van-Swieten, son commentateur, adopta les idées de ce dernier. Cepen-

dant il faut avouer que le fait qu'il donne comme preuve n'est pas bien concluant [1].

Il est des médecins qui mettent en doute ces anomalies, prétendant qu'on ne peut plus les constater aujourd'hui. Cet argument paraît fondé, si on n'observe que des cas isolés, sporadiques; mais en temps d'épidémie, aujourd'hui comme autrefois, ces faits exceptionnels deviennent évidents.

Voici comment il est permis de les comprendre :

Lorsqu'une épidémie est à son maximum d'intensité, elle fait taire le plus souvent toutes les dispositions individuelles résultant de l'hérédité, du genre de vie, des habitudes du sujet, etc. Dans tous ces cas, le système vivant est si fortement impressionné, qu'il paraît rester passif; il répond de la même manière à la provocation externe. La maladie se montre avec tous ses phénomènes extérieurs; le tableau symptomatique est au complet ; mais lorsque l'épidémie est à son déclin, la cause morbide perd de son intensité, le système vivant reprend son activité, il réagit à sa manière, suivant les qualités de l'individu qui est frappé; alors les symptômes ne sont souvent qu'ébauchés; l'affection, tout en restant la

[1] Le cas que rapporte Van-Swieten est fait pour commander la circonspection. Deux enfants, fille et garçon, furent pris, à la suite d'un repas un peu copieux, d'une fièvre qui réunissait tous les prodromes de la petite-vérole, laquelle régnait alors épidémiquement. Van-Swieten ne douta pas que la contagion n'eût frappé les deux petits malades. Au quatrième jour, l'éruption parut, en effet, sur le garçon ; mais la fille y échappa, quoique, selon l'expression de l'auteur, deux œufs ne se ressemblent pas davantage que leurs maladies. *Non poterat ovum ovo similius esse quàm febris hæc in ambobus illis, eodem tempore incipiens, eodem tempore desinens, et tamen dispar omnino fuit eventus.* Sa conclusion est celle-ci : *Sic vidi verum esse quod dixerat Sydenhamus, nempè dari febrem variolosam absque variolis* (Bousquet, Nouveau traité de la vaccine et des éruptions varioleuses. Paris, 1848, p. 545). Nous pensons qu'il serait plus logique de conclure que l'un des enfants eut la variole, et que l'autre ne l'eut pas.

même, présente, dans ses manifestations, des modifications variables à l'infini : de-là des anomalies.

Si l'on a pu contester l'existence des varioles sans éruption, il est cependant d'autres faits analogues dont personne ne pourra douter.

Dans l'ouvrage de Bousquet, on trouve (page 541 et suivantes) des cas de fièvre vaccinale sans pustules. Des expériences cliniques faites à l'hôpital de Nantes ont rendu cette opinion incontestable. Ces expériences nous paraissent convaincantes. Les faits observés ont présenté, en effet, toutes les conditions nécessaires : ainsi, il y a eu fièvre vaccinale, absence d'éruption, et cependant immunité.

M. le docteur Barre racontait, dans ses cliniques, que, pendant l'épidémie de suette qui régna à Pézenas en 1851, et surtout à la fin de l'épidémie, des malades présentèrent les symptômes généraux de la maladie, tels que la fièvre, le malaise précordial, la faiblesse, les sueurs, sans qu'on pût constater un seul bouton.

Personne ne contestera les cas de scarlatine sans exanthème. Cette scarlatine tronquée que M. le professeur Trousseau a désignée sous le nom de scarlatine *fruste*, a été signalée par plusieurs auteurs. Mais Graves (de Dublin) est celui qui a fourni les observations les plus remarquables et les plus concluantes. Il a vu des malades atteints de scarlatine sans éruption posséder l'immunité et communiquer la maladie à d'autres personnes [1].

Le docteur Ridley (de Tullamore), ayant observé des faits semblables, les signale à Graves, et ajoute qu'il est presque généralement admis aujourd'hui que l'exanthème n'est pas un symptôme nécessaire de la scarlatine, et que cette fièvre

[1] Graves, Leçons de clinique médicale ; traduit par le docteur Jaccoud. Paris, 1862, T. I, p. 434.

peut accomplir son évolution sans amener aucune détermination à la peau [1].

S'il est reconnu qu'il y a des maladies dans lesquelles les caractères anatomiques peuvent manquer; s'il y a des varioles, des vaccines, des scarlatines sans éruption, pourquoi contesterait-on la légitimité des fièvres typhoïdes sans lésion intestinale ?

Ces cas pourront répugner à beaucoup, mais nous ne voyons pas pourquoi. D'ailleurs, entre ces faits et ceux où l'éruption est abondante, il y a un intermédiaire, une graduation. On voit des varioles avec peu de boutons qui confèrent cependant l'immunité. Un seul bouton de vaccine préserve autant que plusieurs boutons. On sait que Jenner et ses contemporains ne faisaient qu'une seule piqûre à chaque bras ; ils n'avaient donc que deux boutons au plus et quelquefois ils n'en avaient qu'un. Ces faits nous montrent que, dans la variole comme dans la vaccine, les boutons n'ont qu'une importance secondaire. L'éruption n'est donc qu'un des éléments de la petite-vérole, et elle n'est pas le plus essentiel; le principal est la modification interne et primordiale du système vivant. Si l'éruption n'est qu'un phénomène accessoire, quoi d'étonnant alors qu'elle puisse manquer!

Il en est de même de la fièvre typhoïde. On trouve communément des cas où il n'existe qu'un très-petit nombre d'ulcérations. On peut admettre que ce nombre est plus petit encore, et même qu'il n'y en a pas du tout. « Si quelques sujets qui succombent, dit Chomel, n'ont qu'un petit nombre de plaques affectées, n'en ont que deux, qu'une seule, qu'une portion même d'une seule plaque, cette décroissance progressive dans l'étendue de la lésion diminue manifestement l'importance qu'on lui a donnée,

[1] Graves, *loc. cit.*, T. I, p. 425.

et conduit par degré à l'absence de toute lésion de ce genre[1]. »

Ainsi, dans la fièvre typhoïde, la lésion de l'intestin n'est qu'un phénomène secondaire; elle ne constitue pas, à elle seule, toute la maladie. Elle n'est qu'un symptôme, qu'un caractère anatomique de la maladie, et, à ce titre, elle ne mesure pas d'une manière exacte la gravité de la fièvre typhoïde, de même que l'éruption de la variole, qu'elle soit discrète ou confluente, n'indique pas l'intensité de la maladie. Cependant les altérations intestinales doivent être considérées comme un des phénomènes les plus remarquables et les plus importants de la fièvre typhoïde. Si dans quelques cas, extrêmement rares, elles ont manqué, il est incontestable qu'elles existent dans l'immense majorité des cas et qu'elles constituent un caractère presque pathognomonique de la maladie. Mais au-dessus de ce phénomène il faut placer un élément plus important, la fièvre, qui quelquefois persiste pendant cinq, six et sept semaines. C'est là le fait le plus général, celui qui fournit les principales indications; tous les autres lui sont subordonnés.

II. *La lésion des follicules intestinaux est-elle particulière à la fièvre typhoïde?* ou, en d'autres termes, est-il exact de dire que cette même lésion ne se rencontre pas dans d'autres maladies?

On a prétendu que cette altération n'était pas spéciale à la fièvre typhoïde et qu'on pouvait la rencontrer dans la variole, la scarlatine, la phthisie, le choléra, etc.

Voyons d'abord quelle est l'opinion des principaux observateurs. M. Louis regarde la lésion des plaques de Peyer comme particulière à la fièvre typhoïde; il ne l'a rencontrée que chez les sujets morts de cette affection. Il n'en est pas de même de toutes les autres lésions de la

[1] Chomel, *loc. cit.*, p. 528.

membrane muqueuse de l'intestin grêle, observées par lui dans les cas de fièvre typhoïde; il les a constatées chez les individus qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës. « La proportion, dit-il, dans laquelle on les observait, présentait même fort peu de différence chez ces deux ordres de sujets, à l'exception des cryptes solitaires dont l'altération était plus fréquente chez les premiers que chez les seconds, à part cependant les cas de choléra asiatique [1]. »

Chomel pense aussi que l'un des caractères les plus importants de l'altération des follicules intestinaux, c'est de ne se présenter qu'à la suite de la fièvre typhoïde [2]. Cependant il reconnaît que les follicules peuvent être altérés dans le choléra, la phthisie, la scarlatine, l'érysipèle; mais il montre qu'il est facile de distinguer ces lésions de celles qui sont propres à la fièvre typhoïde.

M. Andral partage la même opinion que ces deux auteurs. « S'il était arrivé, dit-il, qu'on eût rencontré l'exanthème intestinal dans toute affection aussi fréquemment qu'une hypérémie ou qu'un ramollissement de l'estomac, il est clair qu'il eût perdu sa valeur, comme caractère anatomique d'un grand nombre de fièvres dites essentielles. Mais il n'en est point ainsi : vainement avons-nous bien souvent cherché cet exanthème dans l'intestin des individus morts de maladies aiguës autres que les fièvres, nous ne l'avons pas rencontré; nous avons trouvé seulement, chez les différents sujets, un développement fort inégal des follicules, mais rien qui ressemblât à l'exanthème des fièvres [3]. »

D'après Forget, « il est beaucoup d'autres maladies que l'entérite folliculeuse où l'on trouve les follicules intestinaux dans des conditions différentes de l'état normal; mais,

[1] Louis, *loc. cit.*, T. I, p. 198.
[2] Chomel, *loc. cit.*, p. 206.
[3] Andral, *loc. cit.*, T. I, p. 509.

dans la plupart des cas, les altérations sont très-légères et bornées, soit à un simple développement des plaques qui les rend seulement plus apparentes que d'ordinaire, soit au pointillé noir [1].»

«La lésion des follicules, dit M. le professeur Grisolle, est surtout remarquable, en ce qu'on ne la rencontre jamais avec les caractères que nous lui avons assignés dans aucune des maladies aiguës ou chroniques actuellement connues. On a dit pourtant, ajoute-t-il, que dans la scarlatine, dans le choléra et la phthisie, les follicules présentaient des altérations analogues à celles de la fièvre typhoïde; mais la ressemblance est tellement grossière, qu'elle ne pourrait en imposer qu'aux personnes qui sont presque étrangères aux recherches d'anatomie pathologique [2].»

M. le professeur Combal considère les lésions intestinales comme particulières à la fièvre typhoïde [3]. « Dans la scarlatine comme dans la variole, dit-il, quelle que soit l'époque de la mort des sujets, si les follicules sont altérés, on ne les voit jamais ulcérés; les plaques sont légèrement hypertrophiées, elles ne sont ni gaufrées ni réticulées, et les ganglions mésentériques restent sains.»

En somme, l'opinion générale est que les lésions intestinales sont particulières à la fièvre typhoïde. S'il existe des follicules altérés dans diverses maladies, on ne saurait les confondre avec ceux de la fièvre typhoïde.

Nous allons examiner ce qu'il y a de vrai dans l'assertion de ces auteurs, en discutant les faits qui ont été publiés et en les comparant à ceux que nous avons observés nous-même.

Dans la *phthisie* on trouve quelquefois, mais moins souvent que dans la fièvre typhoïde, des follicules isolés, tantôt tuméfiés, tantôt ulcérés. Nous avons rencontré de pareilles

[1] Forget, *loc. cit.*, p. 142.
[2] Ouv. cité, p. 51.
[3] Ouv. cité, p. 102.

lésions chez plusieurs malades morts de tuberculisation pulmonaire. Dans ces cas, ces lésions offrent une ressemblance assez grande avec celles de la fièvre typhoïde.

Mais si l'on considère les follicules agminés, on constate une différence radicale. Le plus souvent, dans la phthisie, ces glandes présentent à leur surface de petites tumeurs constituées par des tubercules. Cependant on a observé dans quelques cas très-rares des plaques épaissies et rouges. Nous avons rencontré dans l'intestin d'un tuberculeux trois plaques de Peyer boursoufflées, épaissies, et deux follicules isolés ulcérés.

Les ulcérations de l'intestin grêle sont communes dans la phthisie. M. Louis les a constatées sur les cinq sixièmes des sujets qui succombèrent à cette maladie. Ces ulcérations ont quelque ressemblance avec celles de la fièvre typhoïde. « A quelques exceptions près, dit M. Louis [1], le nombre, les dimensions et la profondeur des ulcérations augmentaient à mesure qu'on se rapprochait du cœcum. » D'après les recherches de cet observateur, on les rencontrait le plus souvent dans le tiers le plus voisin du cœcum ; il était plus rare d'en trouver dans toute l'étendue de l'intestin. Peu considérables, elles étaient placées à l'opposite du mésentère dans les points correspondants aux plaques agminées, qui n'existaient plus. Mais, à côté de ces analogies, il existe des différences très-grandes entre ces ulcérations et celles de la fièvre typhoïde. Ainsi, elles ne siègent pas toujours sur les plaques de Peyer; on peut les rencontrer sur le pourtour de l'intestin grêle et dans les diverses parties de cet organe; elles ont le plus souvent une forme irrégulière et une direction transversale; quelquefois même elles affectent une forme annulaire; enfin, elles présentent cela de particulier que l'on constate des tubercules crus ou ramollis sur leurs

[1] Recherches anat. path. sur la phthisie. Paris, 1825, p. 85.

bords et dans leur voisinage. Souvent les ganglions mésentériques sont sains, bien qu'on trouve des ulcérations dans l'intestin. Chez le quart des malades observés par M. Louis, ces glandes étaient plus ou moins tuberculeuses. Cette lésion coïncidait avec des ulcérations intestinales. Mais, chez beaucoup de sujets dont les intestins étaient ulcérés, il n'y avait aucune lésion des glandes mésentériques [1].

Sur le cadavre d'un militaire mort de phthisie le même jour qu'un malade atteint de fièvre typhoïde (*Obs.* 21), nous trouvâmes dans l'intestin de nombreuses ulcérations, qui avaient détruit pour la plupart toutes les tuniques de l'intestin, à l'exception toutefois de la membrane séreuse. Comparées avec celles de la fièvre typhoïde, ces ulcérations en différaient essentiellement. Elles ne siégeaient pas sur des plaques de Peyer ; leur forme était circulaire ; les bords, au lieu d'être épaissis, hypertrophiés, étaient plutôt déprimés ; les ganglions mésentériques étaient sains.

Dans la *variole*, on n'a rencontré que le gonflement des follicules intestinaux. D'après MM. Rilliet et Barthez [2], cette lésion serait très-fréquente dans cette maladie. « Les plaques de Peyer, disent ces auteurs, sont aussi souvent développées que les follicules isolés ; nombreuses, grandes, saillantes, ramollies, souvent rouges, elles simulent parfaitement certaines plaques typhoïdes à leur origine, et seraient confondues avec elles si elles présentaient quelques ulcérations. Mais jamais, ajoutent-ils, nous n'avons trouvé cette dernière lésion, et il est très-rare de constater le développement, la rougeur et le ramollissement des ganglions mésentériques. »

M. le professeur Andral [3] rapporte cinq observations

[1] Louis, *loc. cit.*, p. 107.

[2] Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 2e édit. Paris, 1861, T. III, p. 44.

[3] Andral, *loc. cit.*, T. I, obs. 55, 56, 57, 58 et 59.

de variole maligne terminées par la mort les 9e, 10e, 14e et 16e jour. Chez ces malades, l'intestin présenta une fois des plaques pointillées, deux fois des plaques légèrement saillantes, et cinq fois un grand nombre de follicules isolés. L'engorgement des ganglions mésentériques ne fut constaté que chez un seul individu.

Sur vingt cas de variole, Dance [1] n'a rencontré que quatre fois le développement insolite des follicules intestinaux. Chez un sujet mort le 11e jour, les follicules isolés étaient soulevés. Chez trois autres malades qui succombèrent le 10e jour, il y eut des plaques de Peyer saillantes, ovalaires, et un plus ou moins grand nombre d'élevures granuleuses.

Dans un cas cité par Forget [2], la mort eut lieu le 9e jour; l'autopsie révéla dans l'intestin trois plaques pointillées.

M. Lebert [3] a constaté chez un sujet l'engorgement et l'hypérémie des follicules isolés et agminés; dans un autre cas, il a vu une légère tuméfaction des plaques de Peyer.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer l'autopsie de deux militaires morts de variole confluente. Chez le premier malade observé dans le service de M. le docteur Pastureau pendant le mois de janvier 1860, nous ne trouvâmes à l'ouverture du corps qu'un peu d'hypérémie de la muqueuse intestinale. La mort avait eu lieu le 6e jour (3e jour de l'éruption). L'autre sujet, couché au lit N° 19 de la salle Saint-Lazare dans le service de la clinique médicale, succomba après onze jours de maladie (9e jour de l'éruption). L'autopsie que nous fîmes le 25 décembre 1862

[1] Dance, Recherches sur les altérations que présentent les viscères dans la scarlatine et la variole, etc. (Arch. gén. de médecine, 1830, T. XXIII.)

[2] Forget, *loc. cit.*, p. 155.

[3] Lebert, Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, etc. T. I, p. 723 et 750.

avec le concours de notre ami Gayraud, interne des hôpitaux, nous révéla une éruption confluente de petites granulations blanches, du volume de la tête d'une épingle; il y avait encore une dizaine de plaques de Peyer rouges, elliptiques, mais très-peu saillantes. Les ganglions mésentériques étaient légèrement engorgés, ils étaient rouges et avaient le volume d'un gros pois.

M. Coural, interne des hôpitaux, nous a communiqué le fait suivant : Un civil guéri d'une fièvre intermittente récidivée contracte la variole dans les salles de la clinique médicale; l'éruption est très-confluente, et le malade meurt le 14e jour (11e jour de l'éruption). A l'autopsie, qui fut faite le 15 avril dernier, on trouve dans l'intestin grêle des plaques de Peyer ayant l'aspect *barbe fraîche;* les ganglions mésentériques sont engorgés, deux d'entre eux ont acquis le volume d'une noisette; la rate est volumineuse et très-friable.

En résumant les lésions intestinales qui se sont présentées chez les quatorze malades dont nous venons de parler, et qui sont morts du 9e au 16e jour, nous avons le tableau suivant :

Gonflement des follicules isolés..........	11 fois.
Plaques de Peyer saillantes.............	8
— pointillées............	5
Engorgement des ganglions mésentériques.	5

Dans la *scarlatine*, on constate assez souvent des plaques légèrement saillantes et des follicules isolés hypertrophiés; mais il est très-rare d'observer des plaques gaufrées. Enfin, sauf notre cas, nous n'en connaissons aucun qui ait offert des ulcérations; presque toujours les ganglions mésentériques restent sains.—Suivant Chomel[1], on ne rencontre dans cette maladie qu'une légère hypertrophie ordinairement avec rougeur des follicules isolés et des glandes de Peyer. Cette

[1] Chomel, *loc. cit.*, p. 215.

lésion n'arrive jamais jusqu'à l'épaisseur des plaques gaufrées de la fièvre typhoïde et ne se termine point par l'ulcération.

S'il faut en croire M. le docteur Noirot [1], il est très-fréquent de rencontrer les glandes de Brünner développées et les plaques elliptiques de Peyer saillantes et même quelquefois rouges et un peu ramollies. On trouve aussi chez un certain nombre d'individus les ganglions mésentériques un peu rouges, légèrement tuméfiés, et la rate augmentée de volume et ramollie.

MM. Rilliet et Barthez ont vu dans la scarlatine le tube digestif présenter des plaques saillantes à aréoles plus ou moins effacées par l'épaississement des cloisons, ramollies et parfois d'un rouge très-vif; dans quelques cas même ces auteurs ont observé un développement inflammatoire peu intense, il est vrai, des ganglions mésentériques, et aussi une augmentation de volume et un ramollissement considérable de la rate [2].

Valleix signale dans la scarlatine « un gonflement des plaques de Peyer et de Brünner, que quelques médecins ont regardé à tort comme une altération semblable à celle qui caractérise anatomiquement la fièvre typhoïde [3]. »

M le professeur Grisolle affirme qu'on n'observe jamais dans la scarlatine les lésions qui sont spéciales à la fièvre typhoïde. Voici ses propres paroles : «On dit avoir rencontré les follicules intestinaux, et surtout ceux de Peyer, rouges, volumineux, indurés, boursoufflés, à peu près comme ils le sont dans la fièvre typhoïde : c'est là une erreur. Jamais après la scarlatine on ne trouve ni des plaques gaufrées, ni des ulcérations dans l'intestin, ni une intumescence des ganglions mésentériques. Quelquefois il est

[1] Noirot, De la scarlatine. Paris, 1847, p. 251.
[2] Rilliet et Barthez, ouv. cit., 2e édit., T. III, p. 160.
[3] Valleix, Guide du médecin praticien. 4e édit., Paris, 1860, T. I, p. 206.

vrai, les follicules isolés de la fin de l'intestin grêle m'ont paru plus saillants et analogues à ceux qu'on rencontre, par exemple, sur les cadavres d'un grand nombre de cholériques; mais cette hypertrophie se rencontre dans une foule d'autopsies, et je doute fort qu'elle soit sensiblement plus commune après la scarlatine [1]. »

Il ne suffit pas de connaître l'opinion des principaux auteurs; il importe, avant tout, de voir quelles sont les lésions qui ont été constatées dans les autopsies pratiquées sur des sujets morts de scarlatine.

M. Louis a observé chez trois sujets morts de cette affection un nombre variable de follicules isolés, plus ou moins largement développés, blanchâtres ou roussâtres; « ce qui semblerait indiquer, ajoute-t-il, que le développement des cryptes de Brünner est sinon constant, au moins très-fréquent chez ceux qui meurent de cette affection [2]. » Quant aux plaques elliptiques, une seule fois il en a trouvé trois, rouges et un peu épaissies, sans aucune autre altération, chez un sujet qui parut avoir succombé à la scarlatine. Cependant, dans ce cas, l'existence de cette fièvre éruptive est douteuse. Le malade mourut le second jour de son admission à l'hôpital, avant qu'on eût le temps de recueillir complètement l'histoire des symptômes; aussi M. Louis ne tient-il pas compte de cette observation, et avec raison.

M. Rayer a constaté des boursoufflements insolites des plaques de Peyer et de la plupart des follicules des intestins. Dans le fait qu'il cite, on trouve des follicules agminés saillants et piquetés de noir; le malade était mort le 12e jour [3].

[1] Grisolle, *loc. cit.*, T. I, p. 125.

[2] Louis, ouvr. cit., T. I, p. 198.

[3] Rayer, Traité théorique et pratique des maladies de la peau. Paris, 1835, T. I, pp. 210 et 250.

Dance[1] a rencontré dans les intestins, chez les malades morts de scarlatine, un développement insolite et plus ou moins abondant des glandes de Brünner et de Peyer. Ces lésions ne sont pour lui qu'accidentelles; cependant il reconnaît que dans la scarlatine comme dans la fièvre typhoïde les follicules sont intéressés de la même manière, « à tel point que l'anatomiste le plus exercé ne pourrait distinguer, d'après l'inspection de la lésion, à laquelle de ces deux maladies elle appartient[2]. » Cet auteur cite neuf observations de scarlatine terminées par la mort; cinq fois seulement on a trouvé des lésions intestinales. Chez deux sujets qui succombèrent au 5e jour, on ne nota que des follicules isolés saillants. Chez les trois autres, dont la mort eut lieu les 19e, 21e et 27e jour, on rencontra un certain nombre de follicules agminés, rouges et gonflés dans un premier cas, saillants et d'une couleur brune dans un second, boursoufflés et noirâtres dans un troisième.

Chez un malade qui mourut le 6e jour et dont M. Lebert[3] rapporte l'autopsie, les plaques de Peyer étaient plus développées qu'à l'état normal sans être ulcérées, et cela dans toute la partie inférieure de l'intestin grêle; les follicules isolés étaient à peine visibles.

Forget raconte l'histoire d'un malade mort le 4e jour d'une scarlatine maligne, et dont l'intestin grêle présenta à l'autopsie des plaques nombreuses pointillées, réticulées et gaufrées; il y avait, en outre, une abondante éruption miliaire (un grand nombre de follicules clos soulevés) dans l'intestin grêle et dans le gros intestin[4].

Nous avons recueilli nous-même l'observation d'un militaire (*Obs.* 40) qui mourut le 5e jour, et chez lequel on

[1] Mémoire cité, p. 500.
[2] Id., p. 491.
[3] Lebert, ouvr. cit., T. II, p. 296.
[4] Forget, ouvr. cit., p. 144.

constata, à l'ouverture du corps, non-seulement dans l'intestin grêle, mais dans les autres organes, des lésions ayant une grande ressemblance avec celles de la fièvre typhoïde. Un grand nombre de follicules isolés étaient hypertrophiés. Les plaques de Peyer, au nombre de 23, étaient épaissies, saillantes, réticulées; plusieurs avaient la forme gaufrée. La dernière de ces plaques, située au voisinage de la valvule iléo-cœcale, offrait quelques ulcérations très-superficielles et un peu de ramollissement de la muqueuse. Les ganglions mésentériques étaient rouges, engorgés et friables; mais comme on peut se demander si chez ce malade il n'y avait pas association de la fièvre typhoïde et de la scarlatine, la présence des lésions intestinales dans ce cas a beaucoup moins d'importance.

En somme, chez les treize malades que nous venons de mentionner et dont la mort eut lieu du 4e au 27e jour, les lésions intestinales ont été les suivantes :

Follicules isolés saillants	8	fois.
Plaques de Peyer épaissies	8	
— très-légèrement ulcérées	1	?
Ganglions mésentériques engorgés	1	?

Résumons les considérations qui précèdent :

1° Le gonflement des follicules isolés peut se rencontrer dans la scarlatine, la variole et la phthisie; mais dans ces maladies la fréquence de ces lésions est moindre que dans la fièvre typhoïde.

2° Les follicules agminés épaissis et rouges peuvent exister dans ces trois affections; ils s'observent plus souvent dans la scarlatine que dans les deux autres.

3° Si l'on considère chacune de ces lésions isolément, il est impossible de distinguer celles qui appartiennent à la fièvre typhoïde de celles qui se rencontrent dans les autres maladies; et, à ce point de vue, Dance a eu raison de dire que l'anatomiste le plus exercé ne pourrait distinguer,

d'après l'inspection de la lésion, à laquelle des deux maladies elle appartient.

4° Mais il est très-rare d'y trouver des plaques dures; et à l'exception du malade chez lequel nous établissons la possibilité d'une complication de scarlatine et de fièvre typhoïde, nous ne connaissons aucun fait de variole et de scarlatine qui ait présenté des ulcérations dans l'intestin grêle. D'ailleurs, les lésions rencontrées dans ces deux maladies ont toujours été très-peu avancées, bien que la mort ait eu lieu dans le cours du 3e et du 4e septénaire; aussi les altérations des follicules intestinaux dans ces cas sont, suivant l'expression de Guersant, comme un diminutif de celles qui caractérisent la fièvre typhoïde.

5° Les ulcérations intestinales s'observent surtout dans la phthisie, mais elles se distinguent de celles qui appartiennent à la fièvre typhoïde; on peut les trouver dans les cas de tuberculisation pulmonaire aiguë. Cependant, comme cette maladie est rare et qu'elle ne présente pas des ulcérations dans l'intestin d'une manière constante, nous pensons que l'on peut adopter, dans la majorité des cas, la proposition suivante de Chomel: « Quand nous trouverons dans 'es auteurs, soit anciens soit modernes, des observations maladies aiguës à la suite desquelles on aura rencontré ce si ulcères à la fin de l'intestin grêle, nous aurons le droit de les considérer comme des cas d'affection typhoïde [1]. »

6° Les ganglions mésentériques n'ont été engorgés que dans trois cas de variole et dans l'observation de scarlatine que nous rapportons.

7° Ainsi, l'altération des follicules intestinaux dans les autres maladies est légère; elle ne saurait être comparée avec les lésions profondes de ces mêmes glandes dans la fièvre typhoïde. Le siége constant de ces lésions, leurs

[1] Chomel, ouv. cit., p. 115.

caractères tranchés et leur extrême fréquence permettent de les regarder comme spéciales à la fièvre typhoïde.

8° De toutes les lésions, la plus constante, la plus importante, celle qui caractérise au plus haut degré la fièvre typhoïde, c'est la lésion intestinale, et plus spécialement les plaques dures et les ulcérations.

Avant de clore ce chapitre, il nous reste à examiner d'autres questions non moins importantes que celles dont nous venons de nous occuper. Nous avons à nous demander si les altérations intestinales ont un mode d'évolution spécial, si leur intensité est en rapport avec la gravité des symptômes et la durée de la maladie, et enfin si elles précèdent et engendrent le mouvement fébrile et tous les autres phénomènes, ou bien si elles dépendent de ce dernier; en un mot, si elles sont primitives ou consécutives.

III. *La lésion intestinale a-t-elle un mode d'évolution spécial?* — Nous allons rechercher si l'on peut établir un rapport entre l'époque à laquelle surviennent les altérations de l'intestin et les diverses phases de la maladie; en d'autres termes, s'il est possible, en connaissant l'époque de la maladie à laquelle la mort a lieu, de dire, avant d'ouvrir le cadavre, à quel degré on trouvera les lésions de l'intestin.

Cette question, si elle avait pu être résolue par l'affirmative, aurait eu une très-grande importance; « car, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Combal, elle aurait pu concourir à marquer plus exactement la place de la fièvre typhoïde dans le cadre nosologique [1]. »

Bretonneau, le premier, prétendit que la lésion de l'intestin avait des périodes régulières et invariables. Pour lui, l'altération folliculaire n'était autre chose qu'un exanthème interne, un *énanthème,* analogue dans son évolution à l'éruption de la variole. Certainement, les faits publiés

[1] *Loc. cit.*, p. 105.

par M. Bretonneau semblent justifier cette manière de voir; mais les observations ultérieures n'ont par confirmé les assertions du médecin de Tours. M. Andral, après s'être occupé de cette question, fait remarquer, d'après ses propres observations, que l'exanthème intestinal ne paraît pas parcourir, dans son développement comme dans ses terminaisons, des phases aussi fixes qu'on l'a dit [1]. M. le professeur Combal n'a pas constaté, non plus, les périodes signalées par Bretonneau. « Dans aucun cas, dit-il, nous n'avons pu reconnaître ces phases régulières que le médecin de Tours décrit avec tant de précision et qui lui font assimiler la fièvre typhoïde à la variole [2]. »

Nos observations nous ont donné aussi des résultats différents de ceux auxquels Bretonneau est arrivé. Dans les autopsies que nous avons faites, les lésions de l'intestin ne correspondaient pas par leur degré à des périodes fixes de la maladie. Nous avons constaté les plaques gaufrées dès le 8e jour et les ulcérations dès le 9e. Chez des sujets morts de très-bonne heure, nous avons trouvé des altérations aussi profondes que chez ceux qui succombaient à une époque avancée de la maladie. Dans d'autres cas, nous avons observé à peine quelques plaques réticulées ou gaufrées sur des individus morts vers la fin du troisième septénaire, et qui, de leur vivant, avaient présenté les symptômes les plus graves. Dans un cas (*Obs.* 1re), le malade mourut le 23e jour, après avoir offert les symptômes ataxiques et adynamiques les plus accentués, et cependant il n'y eut que quatre plaques de Peyer légèrement épaissies.

D'ailleurs, il est démontré que l'altération des follicules a lieu d'une manière successive, en débutant par ceux qui sont le plus rapprochés de la valvule iléo-cœcale. Si l'al-

[1] Andral, ouv. cit., p. 519.
[2] Combal, *loc. cit.*, p. 106.

tération intestinale avait un mode d'évolution particulier, si aux plaques pointillées succédaient les plaques réticulées, si la forme gaufrée était l'intermédiaire entre la forme réticulée et les ulcérations, on devrait trouver ces diverses lésions toujours échelonnées dans l'intestin, suivant un ordre déterminé et invariable. Or, que nous apprend l'observation ? Elle nous montre, dans bien des cas, des plaques réticulées ou un peu épaissies, occupant les intervalles qui séparent les follicules fortement ulcérés. Chez un malade entre autres (*Obs.* 19), nous avons vu des plaques courtes et peu altérées, placées entre des plaques plus longues et plus épaissies. Chez un autre (*Obs.* 34), des plaques saillantes étaient disséminées dans les intervalles qui séparaient des follicules agminés ulcérés.

Ainsi, les faits observés ne permettent pas d'assigner à la lésion intestinale un mode d'évolution spécial.

IV. *Existe-t-il un rapport entre les lésions et les symptômes?* — Certains anatomo-pathologistes admettent qu'il existe un rapport intime entre l'altération organique des intestins et les symptômes de la fièvre typhoïde. D'autres médecins très-compétents (Chomel, M. Andral, M. Combal, etc.) repoussent toute corrélation entre l'intensité des lésions et la gravité des symptômes.

Ici, comme pour les autres questions, ce sont les faits que nous devons interroger. Que voyons-nous?

Il est des cas de fièvre typhoïde (*Obs.* 14, 19, 21, 24 et 30) dont les phénomènes extérieurs sont accentués; le cortége symptomatique est complet, et les lésions anatomiques sont très-profondes. Dans ces observations, nous voyons des symptômes graves correspondre à des lésions avancées. Les symptômes et les altérations semblent donc marcher de pair et dériver les uns des autres.

Mais on observe d'autres cas (*Obs.* 1re, 5 et 6) qui ne présentent, à l'autopsie, qu'un petit nombre de lésions.

Celles-ci même sont très-légères, alors que, sur le vivant, un appareil symptomatique bien dessiné semblait faire prévoir des désordres organiques très-profonds.

Enfin, dans une troisième série de faits, on voit des fièvres typhoïdes très-légères, dépourvues pour la plupart de symptômes ataxiques; chez ces malades, l'adynamie elle-même est peu prononcée; les phénomènes gastro-intestinaux prédominent; la guérison semble assurée, et cependant c'est dans ces cas que survient souvent la perforation de l'intestin; à l'ouverture du corps, on trouve des altérations profondes et étendues. Les observations 26, 27, 28 et 34 démontrent suffisamment cette proposition.

Dans ces deux derniers groupes, il y a un défaut complet de rapport entre l'intensité des lésions et la gravité des symptômes.

Nous avons été surtout frappé de ce défaut de corrélation dans un cas (*Obs.* 1re). Il s'agit d'un jeune soldat qui présenta le cortége habituel des symptômes qui caractérisent les fièvres typhoïdes les plus graves (délire pendant cinq jours, perte de connaissance, coma, mouvements convulsifs, selles involontaires, etc.). Il succomba le 23e jour, et cependant l'autopsie ne révéla que quatre plaques épaissies.

M. le professeur Combal a recueilli à Saint-Éloi l'histoire d'un militaire qui mourut le 20e jour de la maladie, et sur lequel on ne trouva après la mort que trois ou quatre plaques de Peyer légèrement ramollies à leur surface, bien que les symptômes n'eussent pas cessé d'être très-graves depuis l'invasion [1].

Chomel cite l'observation de deux malades chez lesquels on ne vit à l'autopsie qu'une seule plaque altérée. Le premier mourut le 33e jour, présentant depuis le 11e les

[1] Combal, *loc. cit.*, p. 16.

symptômes adynamiques les plus prononcés : on constata près de l'iléon un ulcère en partie cicatrisé, occupant une plaque bleuâtre légèrement saillante [1]. Chez le second, les symptômes offrirent encore une certaine intensité. La mort survint le 13e jour, par l'effet d'une perforation ; on ne trouva qu'une ulcération dans l'intestin [2].

Que faut-il conclure de tous ces faits ? Qu'il n'y a pas de proportion entre la gravité des symptômes et l'intensité des lésions intestinales.

V. *La lésion des follicules intestinaux est-elle primitive ou consécutive* [3] ? — Examinons si la lésion intestinale est le point de départ des phénomènes fébriles, ou bien si elle est consécutive à un état général au même titre que l'éruption dans la variole ; en un mot, si la fièvre typhoïde est une entérite ou si elle est une maladie générale. — Dans l'esprit de Petit et Serres, la fièvre entéro-mésentérique était une inflammation primitive et locale de l'intestin grêle. Cette théorie fut défendue plus tard par Broussais, qui l'absorba dans sa fameuse gastro-entérite. De nos jours, la fièvre typhoïde est regardée par la grande majorité des médecins comme une maladie générale. — C'est cette dernière opinion que nous adoptons ; elle découle de l'étude des causes, des symptômes, des lésions et du traitement de l'affection typhoïde.

1° Trouvons-nous dans l'étude des causes des conditions qui justifient la nature locale de la maladie ? Nullement. L'âge et l'acclimatement, ces deux conditions les plus impor-

[1] Chomel, *loc. cit.*, p. 526.

[2] Id., *loc. cit.*, pp. 157 et 527.

[3] Sur cette question, nous conseillons la lecture d'un Mémoire de M. Thirial sur *la nature de la maladie dite typhoïde*, inséré dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1838, T. VI, p. 133. Nous avons emprunté à cet auteur plusieurs des idées émises dans les pages qui vont suivre.

tantes du développement de la fièvre typhoïde, ne tendent-elles pas à modifier tout le système vivant et non pas un organe en particulier ?

L'immunité n'indique-t-elle pas aussi qu'il s'agit d'une maladie générale ? En effet, tout le monde sait que, si un organe a été frappé une première fois d'inflammation, il acquiert par cela seul une plus grande disposition à s'enflammer par la suite. Par contre, il est reconnu que les fièvres éruptives n'atteignent en général qu'une fois le même individu, de sorte qu'une première attaque est un préservatif pour l'avenir. Ainsi, il n'y a que des maladies générales qui confèrent l'immunité ; si l'on accorde cette qualité à la fièvre typhoïde, cette affection ne saurait être regardée comme une maladie locale, sinon il en résulterait cette singulière anomalie que l'intestin est doué du privilége de n'être enflammé qu'une fois dans le cours de la plus longue vie, tandis que les autres organes n'auraient pas ce bénéfice.

N'est-ce pas une inconséquence de la part des auteurs qui font de la fièvre typhoïde une maladie locale, que d'admettre la contagion pour cette affection ? D'après les faits actuellement connus, on ne peut accepter qu'un mode de contagion, la contagion médiate. Or, il est généralement admis qu'une maladie virulente, contractée par contagion médiate, est générale d'abord et ne produit qu'ensuite des déterminations morbides locales. On sait que l'état général précède l'apparition des pustules dans la variole.

Le caractère épidémique de la maladie n'est-il pas une preuve de plus en faveur d'un état morbide général ? Une épidémie résulte d'un ensemble de conditions générales qui modifient tout l'organisme vivant et non pas seulement un seul système organique. Sans doute on a observé des épidémies de méningite, de pneumonie, de dysenterie ; mais au-dessus de ces localisations il y avait un état morbide

général qui les dominait et qui constituait le caractère essentiel de l'épidémie régnante.

2° Si la fièvre typhoïde était une maladie primitivement locale, si la lésion des follicules était le point de départ des phénomènes fébriles, les premiers symptômes devraient apparaître du côté de l'abdomen : or, que voyons-nous au début? Nos observations nous montrent qu'il y a le plus souvent des symptômes généraux, indices de la souffrance de l'économie toute entière, avant que l'intestin manifeste des signes de lésion. Nous trouvons chez nos malades, dès les premiers jours, un affaiblissement notable des forces, des rêvasseries, des vertiges, de la céphalalgie, de la titubation, de la fièvre, etc.

D'ailleurs, ne sait-on pas que ce qui caractérise une fièvre typhoïde au début, c'est l'absence de localisation? On est en présence de phénomènes fébriles indiquant que tous les organes sont atteints à la fois. C'est ainsi qu'on s'explique pourquoi le diagnostic reste incertain pendant quelque temps.

« Mais, dit M. le docteur Thirial[1], la fièvre typhoïde est déclarée, vous avez vu la céphalalgie, la prostration des forces, la stupeur de la face, l'altération de la physionomie, l'insomnie, le mouvement fébrile, c'est-à-dire ce trouble des fonctions générales, et après plusieurs jours apparaissent les phénomènes morbides siégeant dans les voies digestives comme la sensibilité du ventre à la pression, le météorisme, le gargouillement, la diarrhée. Or, il faut ici de deux choses l'une : ou que l'effet ait précédé la cause, ou que l'inflammation préexistât dans l'intestin sans se manifester par aucun signe ; mais où en est la preuve? »

On se demandera peut-être si l'on ne pourrait pas rattacher tous les symptômes généraux du début à la lésion intes-

[1] Mémoire cité, p. 138.

tinale en vertu d'une action réflexe. Certainement, nous pensons que les altérations de l'intestin dans la fièvre typhoïde doivent avoir un grand retentissement sur l'organisme vivant, et que, parmi tous les symptômes qu'on observe dans les dernières périodes de la maladie, il en existe sans doute qui dépendent de cette lésion. Mais, si les lésions de l'intestin sont cause de ces symptômes graves, pourquoi l'inflammation et l'ulcération de l'estomac et du gros intestin ne produisent-elles pas le même effet? Pourquoi les ulcérations de la phthisie, la lésion des follicules intestinaux dans les cas de scarlatine et de variole ne s'accompagnent-elles pas des mêmes symptômes? Pourquoi, enfin, ces fièvres typhoïdes légères coïncidant avec des lésions profondes? Pourquoi encore ces fièvres typhoïdes latentes?

En supposant que les phénomènes généraux de l'invasion pussent se rattacher à la lésion intestinale, comment expliquer les épistaxis répétées du début, les éruptions typhoïdes, les bronchites, les pneumonies qui surviennent dans le cours de la maladie et le plus souvent d'une manière latente? « Quel est l'organe, dit le docteur Jacquot [1], l'appareil même, quelle que soit l'importance de son rôle, qui, lors de sa phlegmasie, donne lieu à ces symptômes ataxo-adynamiques si fréquents de la dothinentérie; engage dans sa souffrance tant d'organes et de fonctions; s'accompagne de cette hébétude et de cette stupeur qui ont un cachet si particulier, une pareille constance et une apparition si prématurée; se termine par ces vastes plaques gangréneuses si rares dans toute autre affection; offre, à une certaine époque, cette éruption pétéchiale et vésiculaire; se montre, enfin, sous ces mille aspects si divers que les anciens, avec leur admirable mais insuffisant talent d'obser-

[1] Rech. pour servir à l'hist. de la fiév. typh., 1843, p. 40.

vation, avaient regardés chacun comme une maladie particulière? Je ne sais trop comment on se rendrait compte de ces formes si différentes en admettant le simple élément inflammatoire. »

De plus, en temps d'épidémie, la lésion peut-elle expliquer ces cas de fièvre typhoïde qui se terminent si rapidement par la mort? « Observez, dit M. le docteur Thirial [1], ces symptômes si terribles dès le début de la maladie, cette prostration, cette putridité, cette malignité si profondes; voyez ces fièvres typhoïdes marquées dans les premiers jours non plus de simples taches rosées, mais de véritables pétéchies et d'ecchymoses et d'altérations si graves dans les principaux organes? Sera-ce encore l'inflammation de l'intestin qui explique tout cet appareil formidable, ces fièvres typhoïdes véritablement foudroyantes? »

3° Lorsqu'on étudie les lésions anatomiques de la fièvre typhoïde, on est frappé du nombre de ces lésions; elles ne résident pas seulement dans un organe, dans un appareil, mais dans tous les organes à la fois. Ces altérations, si multiples et si diverses, ne sont-elles pas une preuve que la maladie est générale et qu'elle n'a pas son origine dans la lésion intestinale? Si l'on admet que cette dernière est l'origine du mouvement fébrile et de tous les phénomènes observés, comment concevoir l'injection du cerveau et de ses enveloppes, le ramollissement de la substance cérébrale, la présence du pus dans l'oreille moyenne, les ulcérations du larynx et du pharynx, la rougeur des bronches, l'engouement et la splénisation des poumons, le ramollissement du cœur, les concrétions fibrineuses des vaisseaux sanguins, l'engorgement et le ramollissement de la rate, etc.?

Si l'on compare l'intensité des symptômes avec celle des lésions, on voit aussi que la fièvre typhoïde ne saurait être

[1] Mémoire cité, p. 140.

considérée comme une maladie locale. Dans une maladie réactive, les symptômes sont en général en rapport direct avec l'intensité et l'étendue de la lésion intestinale. Si la maladie dépendait de l'altération des follicules, il devrait y avoir une relation constante entre les symptômes et les lésions; le danger serait évidemment proportionné au nombre des plaques de Peyer altérées et à l'importance de la lésion de chacune d'elles; mais cela n'a pas lieu, ainsi que nous l'avons dit.

D'ailleurs, comment expliquer les symptômes les plus graves avec une lésion insignifiante; et surtout, si la lésion était primitive, comment concevoir le développement de la maladie dans les observations, quelque rares qu'elles soient, où la lésion a manqué?

S'il existe des exemples de fièvre typhoïde sans lésion, il en est d'autres où l'on trouve la lésion sans fièvre. C'est ce que l'on observe dans certains cas de fièvre typhoïde latente; mais ce n'est pas seulement dans ces faits que l'on trouve un défaut de corrélation entre les symptômes et les lésions. Il est à remarquer encore que, chez des sujets (*Obs.* 28) morts accidentellement pendant la convalescence, on a trouvé dans l'intestin des lésions profondes, des plaques réticulées et même des ulcérations, bien que la fièvre eût disparu depuis quelque temps. Si celle-ci était consécutive à la lésion, est-ce que pareille chose s'observerait? Non. On la verrait évidemment persister, tant que les follicules intestinaux ne seraient pas cicatrisés.

Cependant il faut reconnaître que, dans la majorité des cas, le développement des lésions intestinales semble coïncider avec le début des symptômes. Ainsi, la lésion intestinale a été constatée le 5e jour par Bretonneau [1],

[1] Archives générales de médecine, 1829, p. 70.

le 6e par M. Andral [1], le 7e par Chomel [2] et M. Girbal, le 8e jour par M. Louis [3] et M. Combal. Nous-même, chez un malade mort le 8e jour, nous avons observé une altération des follicules déjà très-prononcée (*Obs.* 6).

Il est permis de conclure de ces faits que, si la lésion intestinale ne se développe pas en même temps que les premiers symptômes, son apparition remonte probablement à une époque très-voisine du début de la maladie. « Sans doute, dit M. le docteur Thirial, il arrive aussi que les symptômes locaux et les symptômes généraux se montrent à peu près simultanément ; mais si les uns et les autres sont le produit d'une même cause, d'une cause générale...... l'explication de ce fait devient bien facile [4]. »

4° Si l'on considère le traitement de la fièvre typhoïde, est-il permis de rattacher la maladie à une lésion locale? Nous ne le pensons pas. Certes, les indications locales peuvent jouer un grand rôle; mais n'y a-t-il pas au-dessus d'elles des indications générales plus importantes? Si la maladie était simplement une entérite, un traitement local devrait suffire ; il n'en est rien cependant.

Si la fièvre typhoïde n'est pas la conséquence d'une altération du sang, si elle ne consiste pas dans la lésion primitive des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques correspondants, quelle est donc la cause qui préside au développement de ces lésions et des désordres fonctionnels? En un mot, quelle est la nature de la fièvre typhoïde? Faut-il admettre une lésion primitive du système nerveux ou bien une altération du sang encore indéterminée, réagissant à son tour sur le système nerveux et sur tout l'organisme à

[1] Andral, *loc. cit.*, p. 15.
[2] Chomel, *loc. cit.*, p. 64.
[3] Louis, *loc. cit.*. T. I, pp. 66, 72, 79.
[4] Mémoire cité, p. 138.

la fois, altération qui serait le résultat probable de l'introduction dans l'économie d'un principe toxique, d'un virus venu du dehors et comparable au virus des fièvres éruptives? Au lieu de nous lancer dans le champ des hypothèses, mieux vaut avouer que cette nature nous est inconnue, comme celle de la plupart des maladies.

Tout ce que l'observation clinique nous autorise à dire, c'est qu'il y a primitivement une modification anormale de tout le système, modification inconnue dans son essence, que nous désignons sous le nom d'*affection morbide*. C'est sous l'influence de cette cause générale, ou si l'on veut de cette *condition* morbide, que se développent simultanément ou d'une manière successive un cortége de symptômes spéciaux et un groupe de lésions particulières parmi lesquelles l'altération des follicules de l'intestin est la plus constante.

Si nous diminuons l'importance de la lésion intestinale au point de vue de la pathogénie de la fièvre typhoïde, n'oublions pas combien est grande sa valeur comme lésion caractéristique. Il est bon de répéter, avec Chomel « que si elle n'est pas constante dans la rigoureuse acception de ce mot, il est extrêmement rare qu'elle manque entièrement, et qu'il n'existe pas un seul exemple authentique de cette lésion chez un sujet qui n'aurait pas offert les symptômes de la fièvre typhoïde [1]. »

Nous venons d'apprécier la valeur des diverses altérations que l'on rencontre sur les cadavres des sujets morts de fièvre typhoïde. Parmi ces lésions, les unes ont une très-grande valeur, les autres ne paraissent avoir qu'une faible importance. Après avoir examiné chaque lésion en particulier, il importe de les considérer dans leur ensemble. Alors telle lésion, qui ne semble jouer qu'un rôle très-secondaire lorsqu'on examine sa valeur isolément, acquiert, par

[1] Chomel, *loc. cit.*, p. 537.

la synthèse, une importance très-grande. Envisagées d'une manière collective, les lésions anatomiques, qu'elles soient constantes ou secondaires, constituent par leur réunion une preuve puissante en faveur de l'existence de la fièvre typhoïde comme entité morbide. Il en est des lésions comme des symptômes ; chacune d'elles paraît se rencontrer dans d'autres maladies, mais leur ensemble ne se voit que dans la fièvre typhoïde. En effet, dans quelle maladie trouve-t-on simultanément l'altération spéciale des follicules intestinaux, l'engorgement et le ramollissement des ganglions mésentériques, l'augmentation de volume et le défaut de consistance de la rate, l'hypérémie des poumons et surtout leur splénisation, la rougeur des bronches, les ulcérations du pharynx et de l'épiglotte, l'injection du cerveau et des méninges, la congestion et la suppuration de l'oreille moyenne, etc. ? Il y a là un cortége de désordres anatomiques qui caractérisent au plus haut degré la personnalité de cet état morbide que nous appelons fièvre typhoïde.

Au point de vue thérapeutique, il ne convient pas d'accorder aux lésions anatomiques une importance trop grande, ni de leur enlever toute valeur. La lésion intestinale, avons-nous-dit, n'est pas toute la maladie; comme l'éruption dans les fièvres éruptives, elle n'est qu'un élément, elle n'est qu'une manifestation de cette modification interne qui constitue le fond, la nature intime de la fièvre typhoïde. Cette lésion, au lieu d'être primitive, comme l'ont prétendu à tort quelques auteurs, est consécutive et secondaire. Mais doit-on pour cela même nier son importance? Certes non, ce serait s'exposer à des mécomptes en thérapeutique. Dans la variole, ne voit-on pas quelquefois l'éruption, par sa confluence excessive sur la face, amener le délire, des congestions cérébrales et la mort ? Quoique l'éruption ne soit qu'un fait secondaire, elle peut emporter le malade. Dans la fièvre typhoïde en serait-il autrement? La lésion intesti-

nale est quelquefois si intense, si étendue, si profonde, que, sans parler des péritonites mortelles qu'elle détermine souvent, elle peut entraîner la mort du sujet par son intensité même, par l'excès de suppuration intestinale qu'elle provoque, par l'atteinte profonde qu'elle porte aux forces du malade. — En thérapeutique, aucune exagération n'est permise ; on ne doit pas faire reposer exclusivement les indications sur cette lésion, ni la négliger entièrement pour ne s'occuper que de la modification interne du système vivant. Il convient d'apprécier avec soin son intensité et l'influence qu'elle exerce sur les autres éléments de la maladie, et d'en déduire des indications précises. Dans certains cas, l'indication locale prédomine ; dans d'autres, elle est secondaire ; quelquefois même les altérations organiques ne réclament nullement l'intervention de l'art : c'est au praticien à saisir chacune de ces nuances.

Résumé.

1. Les lésions anatomiques que l'on rencontre chez des sujets morts de fièvre typhoïde, n'ont pas toutes le même degré d'importance.

2. Les unes n'appartiennent pas exclusivement à la fièvre typhoïde ; elles paraissent n'avoir dans cette maladie qu'une valeur secondaire. Ce sont celles que l'on trouve dans les centres nerveux, les organes thoraciques, le foie, la rate, les reins, l'estomac et le gros intestin. On ne les observe que dans un nombre de cas peu considérable, et on les trouve aussi souvent sur les cadavres des individus morts de toute autre maladie, soit aiguë, soit chronique.

3. Les autres sont spéciales à la fièvre typhoïde : ce sont celles qui résident dans l'intestin grêle et dans les ganglions mésentériques ; on les constate dans presque tous les cas,

sinon dans tous, quelle que soit d'ailleurs la forme sous laquelle la maladie se montre.

4. Ces lésions, à la vérité, ne sont pas constantes dans le sens absolu de ce mot; mais elles sont tellement fréquentes qu'elles méritent d'être considérées comme un des phénomènes les plus importants de la maladie.

5. Quoique secondaires, les altérations viscérales, que nous plaçons dans la première catégorie, acquièrent une importance très-grande par leur ensemble et leur coexistence avec les lésions essentielles. Comme ces dernières, elles doivent servir à caractériser la maladie.

6. L'observation et le raisonnement nous autorisent à admettre des fièvres typhoïdes sans lésions intestinales; ces cas exceptionnels montrent que la lésion n'est qu'un phénomène secondaire.

7. Ces lésions sont particulières à la fièvre typhoïde. On a prétendu que quelques maladies pouvaient offrir des altérations ayant une certaine analogie avec celles qui sont propres à cette affection; mais il est reconnu que cette analogie n'est qu'apparente. Les altérations que l'on rencontre quelquefois dans l'intestin des malades morts de toute autre maladie aiguë ne sauraient être assimilées aux lésions profondes et multiples de la fièvre qui nous occupe; elles sont comme un diminutif de ces dernières.

8. Malgré leur constance, les lésions intestinales ne présentent pas dans leur évolution des périodes fixes et déterminées; chacune d'elles ne se développe pas à des époques invariables.

9. Il n'existe pas de corrélation évidente entre l'intensité des altérations intestinales et la gravité des symptômes.

10. Les lésions de l'intestin ne doivent pas être regardées comme primitives. Sont-elles consécutives au mouvement fébrile, ou bien se développent-elles en même temps que ce dernier? Peu nous importe; comme les altérations des

autres organes, elles ne sont qu'un effet, qu'une manifestation ; elles dépendent d'une modification générale qui frappe à la fois tous les systèmes organiques.

11. Considérées dans leur ensemble, les lésions anatomiques constituent une preuve en faveur de l'existence de la fièvre typhoïde comme entité morbide ; elles démontrent la spécificité de cette maladie.

12. Au point de vue thérapeutique, l'influence de la lésion intestinale ne saurait être négligée. Elle suggère des indications dont l'importance doit être appréciée à sa juste valeur.

FIN.

Errata.

Page 18, ligne 31, *au lieu de :* troisième, *lisez :* quatrième.
— 60 — 15, *au lieu de :* trois, *lisez :* quatre.
— 60 — 16, *au lieu de :* après, *lisez :* avant.
— 60 — 22, *au lieu de* : manifetser, *lisez* : manifester.